

Kirsi Pohjola

## **HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIIN PERUSTUVA KIVUNARVIOINNIN JA -HOIDON KEHITTÄMINEN POHJOIS-POHJANMAAN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ**

Oma avuton olo, kun ei pysty tekemään enempää

# **HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIIN PERUSTUVA KIVUNARVIOINNIN JA -HOIDON KEHITTÄMINEN POHJOIS-POHJANMAAN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ**

Oma avuton olo, kun ei pysty tekemään enempää

Kirsi Pohjola  
Opinnäytetyö  
Kevät 2020  
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen  
ja johtaminen  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu

Tutkinto-ohjelma: Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen tutkinto-ohjelma

---

Tekijä(t): Kirsi Pohjola

Opinnäytetyön nimi: Hoitohenkilökunnan kokemuksiin perustuva kivunarvionnin ja -hoidon kehittäminen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä - Oma avuton olo, kun ei pysty tekemään enempää

Työn ohjaaja: Eija Niemelä TTT, Pirkko Sandelin TTT

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: 01/2020

Sivumäärä: 81 + 5

---

Terveydenhuollon asiakkaille tulee turvata laadukkaat ja turvalliset terveyspalvelut koko Suomessa hoitoyksiköstä riippumatta. Akuutin kivun mittaamiseen ja hoitoon on viime vuosina kiinnitetty paljon huomiota, mutta siitä huolimatta potilaiden kipua alihoidetaan. Potilaan kokema kipu on aina todellista kivun aiheuttajasta riippumatta. Kaikkien potilaiden hoitoon tulee kuulua kivun ja sen vaikutusten arviointi. Kivunhoidon perusta on säännöllinen ja riittävän usein tehtävä kivunarviointi. Kivunarvionnin lähtökohtana tulee olla potilaan oma kokemus kivusta ja sen ilmaiseminen. Kivun arvioinnilla ja -hoidolla on suora vaikutus kivunhoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen. Jo Terveydenhuoltolaki velvoittaa hoitotyöntekijöitä laadukkaaseen, turvalliseen ja asianmukaiseen hoitotyöhön. Lisäksi hyvin hoidettu kipu lievittää potilaan inhimillistä kärsimystä, nopeuttaen paranemista ja on siten yhteiskunnallisesti merkittävä asia vähentäen potilaan sairauspäiviä ja sairaalassa oloa sekä niistä aiheutuvia kustannuksia. Pitkittyessään kivusta tulee kroonista ja sen hoitamisesta tulee haastavaa. Siksi kivunhoitoon on kiinnitettävä huomiota jo kivun akuutissa vaiheessa.

Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö on osa kivunarvionnin ja -hoidon yhtenäinen toimintamallihanketta (KKYT), jonka tavoitteena on, että Lasten ja naisten tulosalueella Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (PPSHP) tullaan arvioimaan systemaattisesti potilaan kipua ja käyttämään lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä osana hoitotyötä. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena on tuottaa tietoa potilaan kivunarvionnin ja -hoidon yhtenäisen toimintamallin kehittämiseksi. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia potilaan kivunarvionnista ja -hoitamisesta sekä tuottaa tietoa hoitajille potilaan kivunarvionnin ja -hoitamisen kehittämiseksi. KKYT-hankkeeseen liittyen hoitohenkilökunnalta kerättiin kyselyllä kokemuksia kivunarvionnin ja -hoidon haasteista sekä kehittämisehdotuksia aiheeseen liittyen. Tässä kehittämistyössä kyselyaineiston avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysillä. Analysoidun aineiston pohjalta ideoitiin yhteisöllisillä ideointimenetelmillä kivunarvionnin ja -hoidon kehittämistä.

Tärkeimmiksi asioiksi, joilla pystytään kehittämään kivunarviointia ja -hoitoa, nousivat koulutus sekä suhtautuminen ja sitoutuminen kivunarvointia ja -hoitoa kohtaan. Hoitajien suhtautuminen ja sitoutuminen laadukkaaseen kivunarvointiin ja -hoitoon kehittyvät koulutuksen avulla. Koulutuksella parannetaan myös hoitajien tietoja ja taitoja kivunarvionnissa ja -hoidossa, jolloin potilaan kipu ei ole alihoidettua. Hoitajat kokivat myös yhteistyön kehittämisen oman ja muiden yksiköiden, muiden potilaan hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden sekä potilaan ja omaisten kanssa tärkeiksi kehitettäväksi asioiksi. Potilaiden kivunhoito on edelleen haaste hoitotyössä, joten sitä on tärkeä tutkia.

---

Asiasanat: asenne, kipu, kivunarviointi, kivunhoito, kokemus, koulutus, yhteistyö

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree Program: Degree Programme in Development and Management of Health and Social Care

---

Author: Kirsi Pohjola

Title of thesis: Developing the pain assessment and treatment based on the experience within the nursing staff of Northern Ostrobothnia Hospital District – the Helpless Feeling When You Cannot Do More

Supervisor(s): Eija Niemelä PhD (Health Science), Pirkko Sandelin PhD (Health Science)

Term and year when the thesis were submitted: 01/2020

Number of pages: 81 + 5

---

Health care clients must be guaranteed safe and high-quality services everywhere in Finland, regardless of the healthcare unit. A lot of focus has been on measuring and treatment of acute pain in recent years, but still patient pain can be undertreated. The pain any patient experiences is always real despite the cause. Assessment of pain and its effects must be a part of every patient's treatment. Regular and sufficiently frequent pain assessment is the basis of pain treatment. The patient's own experience and how they express it must be the starting point of pain assessment. Pain assessment and treatment directly affect the quality of pain treatment as well as patient safety. The very Health Care Law requires health care workers to provide high-quality, safe and proper care. Furthermore, properly treated pain relieves the patient's suffering and speeds up recovery, not to mention the societal significance in the form of fewer sick days and shorter hospital stays, together with the related cost. When prolonged, pain will become chronic and thus more challenging to treat. That is why pain treatment must be attended to already in the acute stage.

This thesis/research development work is a part of the integrated approach to pain assessment and treatment project (KKYT), which aims to systematically assess patient pain and apply non-pharmacological methods of pain relief as a part of the treatment, specifically at the Northern Ostrobothnia Hospital District Northern Ostrobothnia Hospital District domain of women and children. This thesis aims to produce information to develop an integrated model for patient pain assessment and treatment. The purpose of this thesis is to discover how nursing staff experience their skills to assess and treat patient pain, and to produce information for nursing staff to improve patient pain assessment and treatment. In connection with the KKYT project, nursing staff were surveyed for their experiences with the challenges in pain assessment and treatment, as well as their suggestions for improvement in this regard. In this thesis, the open questions of the survey data were analyzed by content analysis. Based on the analyzed data, collaborative methods were used to brainstorm ideas for development of pain assessment and treatment.

Training, commitment and attitude towards pain assessment and treatment were identified the most important things to develop pain assessment and treatment. Nursing staff's attitude and commitment to high quality pain assessment and treatment will develop through training. Training can also improve nursing staff's knowledge and skills in pain assessment and treatment, at which point patient pain will no longer be undertreated. Nursing staff also felt that collaboration within the unit, as well as with order units and professionals and the patient and the patient's family is another important thing to develop. Patient pain treatment still is a challenge in nursing, so it is important to study further.

---

Keywords: attitude, pain, pain assessment, pain treatment, experience, training, collaboration

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	7
2	KIVUNARVIOINTI JA -HOITO .....	10
2.1	Kipukokemus.....	10
2.1.1	Kipu keston mukaan .....	10
2.1.2	Kivun luokittelua .....	12
2.2	Kivun hoitotyö.....	13
2.2.1	Kivun tunnistaminen.....	14
2.2.2	Kivunarviointi.....	14
2.2.3	Lääkehoito ja lääkkeettömien menetelmien käyttö.....	17
2.2.4	Potilasohjaus.....	19
2.2.5	Potilaan kivun kirjaaminen .....	20
2.2.6	Hoitotyön laadun varmistaminen.....	21
3	TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	22
4	TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN.....	23
4.1	Metodologiset lähtökohdat.....	23
4.2	Tutkimuksen osallistujat ja aineiston kerääminen.....	23
4.3	Aineiston käsittely ja analysointi .....	24
5	TUTKIMUSTULOKSET JA NIIDEN TARKASTELU .....	27
5.1	Kivunarvioimisen ja -hoidon haasteet.....	27
5.1.1	Ongelmat kivunarvioinnissa .....	29
5.1.2	Haastavat asiakasryhmät ja tilanteet.....	30
5.1.3	Henkilöstöresurssit riittämättömät .....	31
5.1.4	Kivunarvioimisen ja -hoitamisen taidot riittämättömät .....	32
5.2	Kivunarvioinnin ja -hoidon kehittäminen .....	33
5.2.1	Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen .....	35
5.2.2	Asenteen kehittäminen.....	36
5.2.3	Kivun kirjaamisen ja hoito-ohjeiden kehittäminen .....	37
5.2.4	Kivunarviointiin ja -hoitoon laatua ja yhtenäisyyttä .....	38
5.2.5	Lääkkeettömien menetelmien kehittäminen .....	40
5.2.6	Kehittäminen koulutuksen avulla.....	41

5.3	Yhteenveto hoitajien kokemuksista kivunarvioinnista ja -hoidosta sekä niiden kehittämisestä .....	42
6	KEHITTÄMISTYÖ.....	44
6.1	Kehittämistyön tavoite, aineiston kerääminen ja analysointi.....	44
6.2	Kehittämistyön tulokset.....	48
6.2.1	Yhteistyön kehittäminen .....	50
6.2.2	Kivunarvioinnin kehittäminen .....	53
6.2.3	Kivunhoidon kehittäminen .....	54
6.2.4	Kehittäminen koulutuksen avulla.....	58
6.2.5	Yhteenveto kehittämistyön tärkeimmistä tuloksista .....	61
7	KIVUNARVIOINNIN JA -HOIDON KEHITTÄMISEN TULOSTEN TARKASTELUA .....	62
7.1	Henkilökunnan haasteet kivunarvioinnissa ja -hoidossa.....	62
7.2	Kivunarvioinnin ja -hoidon kehittäminen .....	63
8	POHDINTA .....	66
8.1	Tutkimuksen eettisyys .....	66
8.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	67
8.3	Kehittämisenäkökohdat ja hyödyntämissuunnitelmat .....	68
	LÄHTEET .....	70
	LIITTEET .....	82

# 1 JOHDANTO

*"Kipu kuolee huutamalla  
alastomana lattialla  
Miten kauan sitä kestää?  
Ei, sitä ei voi tietää.  
Kehen sattuu ja kuinka paljon  
Siitä kysymys enää tässä kai on  
Kun on saavuttu siihen pisteeseen  
ettei mikään ole varmaa"  
(Apulanta, viitattu 1.12.2018)*

Kipua on aina ollut – samoin kivunhoitoa. Sitä on kuvattu niin musiikissa, kuva- kuin näyttämötaiteessa. (Vartiainen 2000, 15.) Kipu on globaali ongelma, jolla on vaikutusta elämään sekä yksilön että yhteiskunnan tasolla. Suomessa 40 % lääkärissä käynneistä on kivusta johtuvista syistä. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 75; Kipu: Käypä hoito -suositus 2017, viitattu 10.9.2019; Ojala 2018, 13.) Se on varsin yleinen syy hoitoon hakeutumiselle. Akuutin kivun mittaamiseen ja hoitoon on viime vuosina kiinnitetty paljon huomiota, mutta silti potilaiden kipua alihoidetaan. (Niemi-Murola, Halavaara, Kontinen, Harjola & Mattila 2011, viitattu 4.11.2019.) Jokainen meistä toivoo saavansa laadukasta kivunhoitoa. Hoitohenkilökunta ja lääkärit pyrkivät antamaan parasta mahdollista hoitoa. Kaikki tietävät, että kivunarvioiminen on hoidon onnistumisen kannalta tärkeää. Mikä tekee kivunarvioinnista sitten niin vaikeaa?

Suomen perustuslain (§19) mukaan meille jokaiselle on turvattava riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistettävä väestön terveyttä. Kansalaisen perusoikeuksiin kuuluvat oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. (Haanpää 2009b, 508-509; Haanpää & Aapponen 2018, 581; Suomen perustuslaki 2019, viitattu 16.12.2019.) Hyvä sairaanhoito käsittää myös kivunhoidon, jota on tarkennettu esimerkiksi Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskevassa yleissopimuksessa. (Haanpää 2009b, 508-509; Haanpää & Aapponen 2018, 581).

Terveydenhuollon eettisiin periaatteisiin kuuluvat oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto. Potilailla sekä heidän omaisillaan on oikeus saada hyvää, asiantuntevaa ja turvallista hoitoa sekä hyvää kohtelua. Toteutuakseen tämä edellyttää, että terveydenhuollon henkilöstö toteuttaa vastuullisesti tarvittavat tutkimukset ja

noudattaa hoidossa hyväksytyjä hoitomenetelmiä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Hyvään hoitoon kuuluvat myös ammattilaisten eettinen pyrkimys hyvän tekemisestä ja haittojen välttämisestä. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 24-25.)

Kipu on monialainen haaste. Se ei ole pelkästään fyysinen oire, vaan pitkittyessään sillä on vaikutuksia myös ihmisen muuhun terveyteen, sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä toimintakykyyn. (Sailo 2000, 9.) Pitkittyessään kipu aiheuttaa pelkoa, ahdistusta ja unettomuutta (Granström 2010, 23, 87-90; Salanterä ym. 2006, 16). Se kuluttaa henkisiä voimavaroja ja vaikuttaa kognitiiviseen suorituskkyyn (Elomaa & Estlander 2009, 109; Kalso, Elomaa, Estlander & Granström 2018, 104-106). Kivun syynmukainen hoito tulee aloittaa mahdollisimman pian kivun aiheuttajan selvittyä (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017, viitattu 10.9.2019). Kivun pitkittymistä tuleekin pyrkiä aktiivisesti ennaltaehkäisemään (Hagelberg & Valjakka 2008, 73-77).

PPSHP: ssä on meneillään Kivunarvioinnin ja -hoidon yhtenäinen toimintamalli hanke (KKYT), jonka tavoitteena on kehittää kivunarviointia ja kivunhoidon yhtenäistä toimintamallia Oulun Yliopistollisen sairaalan (OYS) Lasten Naisten tulosalueella. Tavoitteena on laajemmin, että Lasten Naisten tulosalueella tullaan systemaattisesti arvioimaan kipua ja käyttämään lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä osana hoitotyötä. Hanke toteutetaan Hoitotyön tutkimussäätiössä perustuvien hoitokäytäntöjen yhtenäistämisen toimintamallin mukaisesti (Holopainen, Junttila, Jylhä & Korhonen, 2013). Hanke toimii pilottina, jonka tuloksia voidaan hyödyntää myös muualla PPSHP: n alueella. Hankkeeseen liittyen on kartoitettu hoitohenkilökunnan, potilaiden ja lasten vanhempien kokemuksia kivunarvioinnista ja -hoidosta syksyn 2018 ja kevään 2019 aikana. Hankeen ensimmäisessä vaiheessa kartoitettiin kivunarvioinnin ja -hoidon nykytila, jota tarkasteltiin henkilökunnan-, potilaiden-, vanhempien näkökulmasta sekä potilasasiakirjoihin tehtyjen kirjauksien perusteella. Hankkeen toisessa vaiheessa on tarkoituksena yhtenäistää kivunarvioinnin ja -hoidon käytäntöjä luomalla yhtenäinen toimintamalli. Hanke jatkuu siten, että kolmannessa vaiheessa levitetään ja vakiinnutetaan yhtenäisiä käytäntöjä kivunarviointiin ja -hoitoon. Hankkeen neljännessä vaiheessa arvioidaan yhtenäisen kivunarvioinnin ja -hoidon toimintamallin vaikuttavuutta, johon kuuluu myös jatkuva seuranta.

Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö on yksi osa KKYT-hanketta. Tämän kehittämistyön tavoitteena on tuottaa tietoa potilaan kivunarvioinnin ja -hoidon yhtenäisen toimintamallin kehittämiseksi. Tarkoituksena on selvittää hoitajien kokemuksia potilaan kivunarvioinnista ja -hoidosta sekä tuottaa tietoa hoitajille potilaan kivunarvioinnin ja hoidon -kehittämiseksi.



Tutkimustuloksista tulevat hyötymään niin hoitohenkilökunta, opiskelijat kuin asiakkaat. Terveysthuollon asiakkaille ja potilaille tulee turvata laadukkaat ja turvalliset palvelut hoitavasta yksiköstä riippumatta. Vaikuttavat hoitomenetelmät ja näyttöön perustuva toiminta muodostavat perustan potilasturvallisuudelle ja ovat tärkeä osa hoitotyön laatua. (Korhonen ym. 2018, 5.) Myös KKYT-hanke ja tämä tutkimuksellinen kehittämistyö tähtäävät yhtenäisen toimintamallin kehittämiseen kivunarvioinnissa ja -hoidossa Lasten ja naisten tulosalueella, jolloin tulosalueella annettava kivunhoito ja hoitomenetelmät olisivat laadukkaat ja tasalaatuiset.

## 2 KIVUNARVIOINTI JA -HOITO

### 2.1 Kipukokemus

Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdistys eli International Association for the Study of Pain (IASP) määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi eli tuntoaistiin perustuvaksi tai emotionaaliseksi eli tunneperäiseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai epäselvä kudосvaurio (Blomqvist 2000, 30, 66-67; Estlander 2003, 12; Vainio 2004, 17; Salanterä ym. 2006, 7; Vainio 2018, 18). Amerikkalainen kipuasiantuntija, Margo Macaffery, puolestaan korostaa omassa määritelmässään kivun kokemisen henkilökohtaisuutta ja subjektiivisuutta, joka on hyvä muistaa hoitotyössä. Hänen mukaan kipu on juuri sitä, mitä kipua kokeva ihminen sanoo sen olevan ja kipua on olemassa juuri silloin, kun hän sanoo sitä olevan. (Blomqvist 2000, 127-128; Salanterä ym. 2006, 78.) Psykologi C.R. Chapman puolestaan määrittelee kivun aistihavainnoksi, joka on tietoisuutta hallitseva negatiivinen tunnetila (Vainio 2004, 17).

Kipu on sekä tunto- että tunnekokemus, johon voi liittyä kielteisiä tunteita kuten ahdistusta, pelkoa, alakuloa, surua, aloitekyvyttömyyttä, ärtyneisyyttä, turhautuneisuutta, yksinäisyyttä, ilottomuutta, hyödyttömäksi tuntemisen kokemista, elämänhalun ja -ilon menetystä sekä toivottomuutta (Granström 2010, 23, 87-90; Ojala 2018, 23). Kipua voidaan luokitella eri tavoilla mekanismin, sijainnin, keston ja voimakkuuden mukaan (Kalso & Vainio 2002, 21; Kalso & Kontinen 2018, 58).

#### 2.1.1 Kipu keston mukaan

Kipu on elintärkeä signaali hengissä säilymiselle. **Akuutti eli lyhytkestoinen** kipu on yleensä varoitusmerkki elimistössä uhkaavasta vaarasta kuten haavasta tai tulehduksesta. Se on lyhytkestoista kipua, kestoaltaan alle kolme kuukautta. Potilaat kokevat usein sen mielekkääksi, koska kivun syy tiedetään ja sen oletetaan lievittyvän ajallaan asianmukaisella hoidolla. Lyhytkestoista, kudосvauri-osta aiheutuvaa kipua tulee hoitaa, koska hoitamattomana se saattaa johtaa kivun pitkittymiseen. (Sailo 2000, 34; Kalso, Elomaa & Granström 2018, 109.)

Akuutilla kivulla on myös fysiologisia seurauksia hengityksen, verenkierron, ruoansulatuskanavaan, virtsateiden ja lihasten toimintaan. Sen seurauksena voi ilmetä tahdosta

riippumattomia oireita kuten kalpeutta, hikoilua, sydämentykytystä, pahoinvointia, verenpaineen nousua tai laskua. Kipu haittavaikutuksineen rasittaa potilasta hidastaen paranemista. (Blomqvist 2000, 130-132.) Hyvin hoidettu lyhytkestoinen kipu tukee tehokasta hengitystoimintaa ja edistää kudosten hapettumista. Se vähentää keuhko- ja haavakomplikaatioiden esiintyvyyttä. Leikkauksen jälkeinen hyvä kivunhoito ja ohjaus mahdollistavat myös potilaan varhaisen liikkeelle lähdön, parantaen hoidon tuloksia ja nopeuttaen potilaan toipumista. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, viitattu 1.6.2019; Heikkilä 2017, 33; Kalliomäki 2017, 10; Kalso ym. 2018, 104-106.) Huonosti hoidettu leikkauksen jälkeinen kipu puolestaan lisää komplikaatoriskejä, huonontaa leikkauksella saavutettuja tuloksia sekä voi aiheuttaa kivun kroonistumista. Pidentynyt hoitojakso sairaalassa puolestaan lisää kustannuksia yhteiskunnalle. (Heikkilä 2017, 35-36.)

Kipu on **kroonista eli pitkäkestoista** kestäessään pidempään kuin kolme kuukautta. Siitä tulee usein potilaan elämää hallitseva asia, joka heikentää elämän laatua ja aiheuttaa kärsimyksiä vaikuttaen ajatuksiin. (Sailo 2000, 34-35; Kalso & Vainio 2002, 21; Haanpää ym. 2009, 4; Tarnanen, Mäntyselkä & Komulainen 2016, viitattu 10.8.2019; Kalso 2018b, viitattu 2.10.2019.) Krooniseen kipuun voi liittyä masennusta, unettomuutta sekä väsymystä. Sillä on vaikutusta niin lähi-ihmissuhteisiin kuin hoitosuhteisiin. (Granström 2010, 37.) Pitkittyneen kivun hoidon tavoitteena ovat kivun lievityksen ohella toimintakyvyn ylläpitäminen ja elämänlaadun parantaminen. Kroonisesta kivusta aiheutuu taloudellisia menetyksiä niin potilaalle kuin yhteiskunnalle alentuneen tai menetetyn työkyvyn ja pitkien työstä poissaolon takia. (Sailo 2000, 34-35; Kalso & Vainio 2002, 21; Granström 2010, 37-38; Kroonisen kivun ja syöpähoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017-2020 2017, 2, 20, 49.) Kroonisen kivun ennaltaehkäisyyn kannalta tärkeää ovat kivun tunnistaminen sekä kuntouttava ja aktiivinen hoito-ote. Potilasohjauksella puolestaan pyritään saamaan kipupotilas jatkamaan arjen toimintoja ja vaikuttamaan omiin mahdollisuuksiinsa kivun kanssa selviämisessä. (Hagelberg & Valjakka 2018, 73-78.) Psykologisilla tekijöillä on vaikutusta siihen, kuinka kivun kanssa selviytyy. Pitkäaikainen kipu on haasteellista ja vaatii tilanteeseen sopeutumista. Pelko kivusta ja uskomus kivun haitallisuudesta voivat johtaa kipuoireiden tarkkailuun, liikunnallisen aktiivisuuden vähentämiseen sekä kivun voimistumiseen ja pitkittymiseen. Potilaan omat aktiiviset kivunhallintakeinot edistävät kivun kanssa selviytymistä vaikuttaen positiivisesti ajatuksiin, mielialaan sekä käyttäytymiseen. (Haanpää ym. 2009, 8.)

### 2.1.2 Kivun luokittelua

Kipua luokitellaan anatomian, sijainnin ja keston mukaan (Estlander 2003, 14). Kudosvaurio eli nosiseptiivinen kipu syntyy kipuhermopäätteiden reagoidessa voimakkaalle kudosvauriota aiheuttavalle ärsykkeelle. Kipu syntyy mekaanisesta ärsytyksestä, lämpötilasta, iskemiasta, tulehduksesta tai kemikaalin vaikutuksesta. Nosiseptiivinen kipu lievittyy, kun kivun aiheuttaja paranee. Kivun pitkittyessä ovat kivun aiheuttajana muut tekijät kuin pelkkä kudosvaurio. (Fascultas toimintakyvyn arviointi krooninen kipu 2008, 13, viitattu 2.3.2019; Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö; Hoitotyön suositus. 2013, viitattu 1.6.2019; Heikkilä 2014, 33; Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017, viitattu 10.9.2019.) Nosiseptiivistä kipua kuvataan usein pistäväksi, teräväksi tai repiväksi. Sen pystyy paikantamaan hyvin kivun kudosvaurioalueelle. (Salanterä ym. 2006, 79.)

Kudosvauriosta johtuva kipu jaetaan somaattiseen ja viskeraaliseen kipuun. **Somaattinen kipu** voi olla esimerkiksi lihas-, luusto-, iho- tai sidekudos peräistä kipua. **Viskeraalinen kipu** on puolestaan sisäelimestä aiheutuvaa kipua, joiden hermotuksesta vastaa autonominen hermosto. Heijastekivun vuoksi viskeraalisen kivun paikantaminen voi olla vaikeaa. (Sailo 2000, 32; Salanterä ym. 2006, 80.) Kipuun voi liittyä autonomisia oireita kuten hikoilua, kalpeutta, pahoinvointia, oksentelua ja verenpaineen ja pulssin muutoksia (Salanterä ym. 2006, 80-81). **Neuropaattinen** eli hermovauriokipu poikkeaa nosiseptiivisestä kivusta syntymekanisminsa perusteella. Neuropaattisessa kivussa vaurioitunut kohta on kipua välittävässä hermossa. (Sailo 2000, 33-34, Vainio 2004, 35.) Se on usein luonteeltaan voimakasta ja epämiellyttävää. Sitä kuvataan sähköttäväksi, kihelmöiväksi, polttavaksi tai pisteleväksi. Kipuun voi liittyä myös tuntomuutoksia tai -puutoksia. (Salanterä ym. 2006, 79-80.) **Idiopaattisessa** kivussa aiheuttajana ei ole kudos- eikä hermovaurio, eikä sille välttämättä ole löydetty kipua selittäviä kliinisiä löydöksiä (Sailo 2000, 33-34, 128; Salanterä ym. 2006, 91-82). Kipua voidaan kutsua myös **psykogeeniseksi** kivuksi, johon voi liittyä ahdistusta ja levottomuutta (Sailo 2000, 33-34, Blomqvist 2000, 128). Psykogeenisen kivun tunnistamiseen tarvitaan moniammatillista yhteistyötä, johon psykiatriset tutkimukset kuuluvat keskeisenä osana. (Salanterä ym. 2006, 82).

Kipua luokitellaan myös **elinsysteemin** mukaan esimerkiksi ruoansulatuselinten kiputiloihin tai vaskulaariseen kipuun (Sailo 2000, 32). Luokitus voi perustua myös kivun **aiheuttajan** mukaan esimerkiksi synnytys-, syöpä-, leikkaus- tai rappeutumiseen liittyvä kipu. Kivun vaikutus

toimintakykyyn riippuu oireiston laadusta, kestosta, voimakkuudesta ja sijainnista sekä oireita pahentavista tekijöistä. (Estlander 2003, 14; Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017, viitattu 10.9.2019.)

Kipu on psykologinen prosessi, jossa psykologiset näkökohdat ovat aina mukana kivun kokemisessa, riippumatta siitä, millaisesta kivusta on kysymys. Esimerkiksi potilaan aikaisemmat kokemukset aktivoituvat aiheuttaen pelkoa tai parantaen tunnetta kivusta selviytymisestä. (Holopainen & Lehtomäki 2002, 6.)

## **2.2 Kivun hoitotyö**

Kivun hoitotyön lähtökohta on potilas kipukokemuksensa kanssa. Kipupotilasta ja hänen omaistaan autetaan hoitotyön keinoilla. (Salanterä ym. 2006, 9.) Hoitajan tehtävänä on tunnistaa potilaan kipu ja valita tilanteeseen sopivat auttamismenetelmät, yhdistää ne muihin kivunhoitokeinoihin sekä arvioida kivun hoidon onnistumista (Qvik & Sailo 2000, 62-63; Salanterä ym. 2006, 9). Potilas osaa arvioida parhaiten hoidon onnistumista. Prosessimaisen ajattelun kautta kivunhoito jäsentyy ja toiminnasta tulee suunnitelmallista ja tietoista. Kivun säännöllinen arviointi ohjaa hoitajaa valitsemaan potilaalle sopivimpia hoitotyön auttamismenetelmiä. Tavoitteellinen kivun hoitotyö edellyttää jatkuvaa hoidon seurantaa. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, viitattu 1.6.2019.) Onnistunut kivunhoito edellyttää hoitohenkilökunnalta motivaatiota sekä ajattelua, jossa hyödynnetään tietoa ja taitoja kivunhoidon toteuttamisesta. Myös eri ammattiryhmien yhteistyöllä on oma vaikutus kivunhoidon onnistumisessa. (Salanterä ym. 2006, 11.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää, että potilaalla on oikeus saada selkeästi ja ymmärrettävästi äidinkielellään tietoa voinnistaan ja hoidoistaan sekä niihin liittyvistä asioista (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö; Hoitotyön suositus, 2013, viitattu 1.6.2019; Suomen perustuslaki 2019, viitattu 16.12.2019). Hoitotyön suosituksen mukaan kivun hoidossa on tärkeä huomioida seuraavat asiat: potilaan kivun tunnistaminen ja -arviointi, kivun lääkehoidon toteutus ja muiden hoitomenetelmien käyttö, potilaan voinnin seuranta kivunhoidon aikana, ohjaus osana kivun hoitotyötä, kirjaaminen ja hoitotyön laadun varmistaminen. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö; Hoitotyön suositus, 2013, viitattu 1.6.2019.) Tutkimustuloksen mukaan hyvin hoidettu kipu lisää myös potilaan kokemaa turvallisuuden tunnetta (Holopainen & Lehtomäki 2002, 57).

## 2.2.1 Kivun tunnistaminen

Kivun tunnistaminen kuuluu terveydenhuollon perustehtäviin (Salanterä ym. 2006, 75). Potilaan kipu on aina todellista riippumatta sen aiheuttajasta. Kipupotilaan hyvä hoito perustuu toimivaan hoitosuhteeseen, jossa tarvitaan empaattista ja kuuntelevaa ihmistä. (Haanpää ym. 2009, 13; Tarnanen, ym. 2016, viitattu 10.8.2019; Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017, viitattu 10.9.2019.) Kivun tunnistamiseksi potilas tarvitsee perusteellisen tutkimisen, johon on varattu riittävästi aikaa (Haanpää 2009a, 118-121; Hagelberg & Valjakka 2008, 73-77). Tavoitteisiin kuuluvat myös taustasairauksien ja kivun syyn selvittäminen sekä suunnitelman laatiminen tarvittavista lisätutkimuksista. Potilasta tulee haastatella syvällisesti, jotta saadaan tietoa potilaan elämäntilanteesta, anamneesista ja pystytään laatimaan realistinen hoitosuunnitelma. Haastattelussa tulee selvittää oireiden alku ja kehitys, kivun sijainti ja voimakkuus sekä kipua pahentavat ja helpottavat tekijät. Psykososiaalisten voimavarojen kartoitus on syytä tehdä jo hoitoa suunniteltaessa. (Haanpää 2009a, 118-121.)

Kivun syyn mukainen hoito tulee aloittaa mahdollisimman pian. Kivun aiheuttajan selvittyä ja tilanteen tasoituttua hoidon aloituksesta, tulee kipupotilaan kanssa laatia yksilöllinen hoitosuunnitelma seuranta-aikatauluineen. Suunnitteluvaiheessa on syytä huomioida potilaan kokonaistilanne, hänen odotuksensa sekä mahdolliset muutokset voinnissa. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017, viitattu 10.9.2019.) Kivun pitkittämistä tulee pyrkiä aktiivisesti ennaltaehkäisemään (Hagelberg & Valjakka 2008, 73-77).

## 2.2.2 Kivunarviointi

Kivunarvioimisen lähtökohtana on potilaan oma kokemus kivusta sekä sen ilmaiseminen. Lisäksi potilaan kipua voivat arvioida hoitohenkilökunta, perhe tai ystävät. Kaikkien potilaiden hoitoon tulisi kuulua kivun ja sen vaikutuksen arviointi säännöllisesti ja riittävän usein. (Qvick & Sailo 2000, 62-63; Salanterä ym. 2006, 11; Konttinen & Hamunen 2015, 1921.) Kivunarvioinnissa voidaan seurata myös **potilaan kipukäyttäytymistä**. Kipuongelmaa kartoitettaessa voidaan hyödyntää potilaan pitämää **kipupäiväkirjaa** sekä erilaisia **kivun kyselylomakkeita**. Nämä toimivat hyvin myös keskustelun pohjana potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. (Estlander 2003, 125-129.) Potilaalta tulisi kysyä kivun alkamisajasta sekä kivun ilmenemisestä ajan ja eri toimintojen suhteen (Salanterä ym. 2006, 83). Kivun kestoa, tyyppiä ja sijaintia voidaan selvittää esimerkiksi **kipupiirroksien**

avulla (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017, viitattu 10.9.2019). Kivunarviointi ja -mittaaminen ovat tärkeä osa kivunhoidon laadullista seurantaa (Pesonen 2011,157).

Kivun voimakkuuden arvioinnissa on oleellista käyttää **luotettavaksi** osoitettuja **kipumittareita**. (Pölkki, Korhonen, Axelin, Saarela & Laukkala 2014.) Akuutin kivun kehittymistä voidaan mitata ja seurata kuten esimerkiksi verenpainetta. Tällöin potilaan kokemus kivun voimakkuudesta siirtyy raportoitaessa eteenpäin hoitohenkilökunnan näkemyksen sijasta. (Salanterä 2006, 84; Kalso 2018c, 90.) Kipumittari antaa yhteisen kielen hoitajalle ja potilaalle kivusta kommunikoimiseen. Se on myös seurantaväline, jolla arvioidaan, miten hoidossa ollaan onnistuttu. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017, viitattu 10.9.2019.) Kipumittareita käytettäessä on tärkeää määritellä, millaista kipua milloinkin mitataan esimerkiksi lepokipua vai liikekipua ja onko kyseessä vuorokauden voimakkain kipu (Salanterä 2006, 64; Kalso 2018c, 90).

On suositeltavaa, että potilas saa itse valita kivunarvioinnissa käytettävän kipumittarin. Valittu mittari kirjataan potilasasiakirjoihin ja sitä käytetään koko hoitojakson ajan. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, viitattu 1.6.2019.) Kivun voimakkuutta voidaan arvioida myös adjektiiveilla sanallisesti (Salanterä ym. 2006, 64; Kalso 2018c, 90). **Kipusanastoilla** pystytään kuvaamaan kivun toiminnallista ja emotionaalista puolta (Salanterä ym. 2006, 83; Kalso 2018c, 90). Kivun lievittymisen lisäksi hoidon tavoitteena on palauttaa potilaan elämän laatu ja toimintakyky normaalille tasolle (Kalso & Vainio 2002, 41; Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017, viitattu 10.9.2019).

Eniten käytetty kipumittari on visuaalinen analogiasteikko eli visual analogue scale (**VAS**). Se on kipu Jana, jonka vasen pääty kuvaa kivuttomuutta ja oikea pahinta mahdollista kipua. (Kalso & Vainio 2002, 41-42; Salanterä ym. 2006, 84; Vainio 2004, 40; Kalso 2018c, 90.) Janalta potilas osoittaa kohdan, jonka hän ajattelee kuvaavan hänen kipuaan. Kipu Janan toisella puolella on asteikko, josta voidaan katsoa kipua vastaava luku. (Salanterä ym. 2006, 84.) Numeric rating scale (**NRS**) on puolestaan mittari, jolla kipua arvioidaan numeerisesti asteikolla 0-10. Numero nolla kuvaa kivutonta tilaa ja numero 10 kuvaa pahinta mahdollista kipua. (Kalso & Vainio 2002, 41-42; Salanterä ym. 2006, 85-86. Kalso 2018c, 90.) Verbal rating scale (**VRS**) on sanallinen asteikko kivunarviointiin. Siinä kipua kuvataan sanallisesti: ei kipua – lievä kipu – kohtalainen kipu – kova kipu – sietämätön kipu. (Kalso & Vainio 2002, 41-42; Kalso 2018c, 90.)

Aiemmissa tutkimuksissa hoitajat ovat kokeneet kivunarvioimisen haasteelliseksi erityisesti päihteiden käyttäjien, dementoituneiden-, tajuttomien- ja lapsipotilaiden kohdalla. Haastavaa kivunarviointi on myös potilaiden kanssa, mikäli kommunikoinnissa ei ole yhteistä kieltä. (Pätäri 2014, 23; Formisto 2017, 19.) Väitöskirjassaan Pudas-Tähkä (2018, 99-100) on tutkinut **CPOT-mittarin** luotettavuutta, sopivuutta ja käytettävyyttä kielellisesti ja kulttuurisesti kommunikoimaan kykenemättömien tehopotilaiden kivunarvioinnissa. Pudas-Tähkä totesi CPOT-mittarin käyttökelpoiseksi ja sopivaksi tehohoitopotilaiden kivunarviointiin. Mittarin käyttö edellyttää henkilökunnan kouluttamista.

Kipumittarin valinnassa huomioidaan potilaan kognitiivinen taso. Pesosen väitöskirjatutkimuksen mukaan sanallisella kipumittarilla (VRS) onnistuttiin arvioimaan luotettavimmin iäkkäiden potilaiden kipua. VRS sopii erityisesti muistihäiriöisille, kroonisesta kivusta kärsiville sekä dementiaa sairastaville potilaille. (Pesonen 2011, 157-159.) Dementoituneiden potilaiden kivunarvioinnissa voidaan käyttää myös pain assessment in advanced dementia eli **PAINAD-mittaria**, joka pohjautuu kivun aiheuttamien käyttäytymismuutosten tarkkailuun. PAINAD-mittarilla arvioidaan hengityksen, negatiivisen ääntelyn, kasvojen ilmeiden, kehon kielen ja lohduttamisen tarpeen tai vaikutusten poikkeavuutta. (Kalso 2018a, 538.)

**Lasten kivunarviointiin** mittaamismenetelmää valittaessa huomioidaan lapsen ikä ja kehitystaso. Lapsen kivunarvioimisessa lähtökohtana on lapsen oma arvio kivusta. Myös lapsipotilailla kipu on subjektiivinen kokemus. (Pölkki, Pietilä, Vehviläinen-Julkunen, Laukkala & Kiviluoma 2005, viitattu 22.10.2019). Pienemmillä lapsilla kivun voimakkuuden arvioon voidaan käyttää **kasvokuvamittareita** eli faces pain scale (**FPS**) ja isommilla lapsilla numeerista asteikkoa, kipukiilaa tai -janaa (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017, viitattu 10.9.2019; Piiparinen & Rauhala 2004, 156-158; Salanterä ym. 2006, 86). Lapsille on kehitelty myös käyttäytymisen havainnointiin perustuvia mittareita kuten **FLACC** (Johansson & Kolinsky 2009).

Vastasyntyneen kipu on tärkeä tunnistaa ja hoitaa, koska kipu voi aiheuttaa kivun kokemiselle herkistymistä myöhemmässä vaiheessa. Vastasyntyneen kivun tunnistamiseen on kehitetty kipumittareita, joista saadaan apua kivunhoitoa koskevassa päätöksenteossa. (Terveyskylä 2018, viitattu 20.11.2019.) Paras käytäntö **vauvan kivunarviointiin** on **käyttäytymisen ja fysiologisten muuttujien havainnointi**. Välitalon ja kumppaneiden (2016) tutkimustulosten perusteella rauhallisuus, valppaus ja kasvojen kireys reagoivat herkimmin kivulle. Vastasyntyneiden kivun voimakkuuden arviointiin on kehitetty mittari Neonatal Infant Acute Pain Assessment Scale



(**NIAPAS**). Sen avulla arvioidaan lapsen käyttäytymisessä sekä fysiologisissa tekijöissä tapahtuvia muutoksia. Käyttäytymisessä seurataan vireystilaa, ilmeitä, itkua, lihasjänteveyttä ja käsittelyyn reagoimista. Fysiologisissa muutoksissa seurataan hengitystä, sydämen sykettä ja happisaturaatiota. (Piiparinen & Rauhala 2004, 157; Pölkki, ym. 2014; Välihalo, van Dijk, Krekels, Gippin, Simons & Knibbe 2016.) Peltonen (2018) on puolestaan tutkielmansa lopputuloksena luonut suomenkielisen **PIPP-R-kipumittarin** kivunarviointiin Suomen vastasyntyneiden teho-osastolle.

### 2.2.3 Lääkehoito ja lääkkeettömien menetelmien käyttö

Kivun lääkehoidon tavoitteena ovat kivun lievittäminen sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen. Ne edellyttävät potilasta ottamaan aktiivisen roolin omaan hoitoonsa. Kipulääkitys suunnitellaan yksilöllisesti potilaan kipuongelma, muut sairaudet, riskitekijät ja psykososiaaliset tekijät huomioiden. (Haanpää ym. 2009, 20; Kipu: Käypä hoito -suositus 2017, viitattu 10.9.2019.) Lääkäri vastaa potilaan lääkehoidosta tekemällä määräyksen ja sairaanhoitajan rooli on toteuttaa annettu määräys. Lääkehoito toteutetaan suunnitelmallisesti ja määräyksen mukaisesti noudattaen oikeaa annostusta, ajankohtaa ja antotapaa. Potilaan kipua ja mahdollisia lääkityksestä johtuvia haittavaikutuksia tulee seurata aktiivisesti hoidon aikana. Kivusta ja mahdollisista lääkkeiden vaikutuksista tulee kysyä potilaalta säännöllisesti, koska kaikki potilaat eivät oma-aloitteisesti kerro kivuista tai lääkkeiden haittavaikutuksista. (Salanterä ym. 2006, 140-141; Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, viitattu 1.6.2019.)

Kivunhoito ja sitä seuraava kuntoutus perustuvat huolelliseen arvioon potilaan kivusta ja kokonaistilanteesta. Sitä tulee suunnitella potilaan kanssa yhdessä siten, että potilas pystyy sitoutumaan hoitoonsa ja jatkohoitosuunnitelmiin. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017, viitattu 10.9.2019.) Kipulääkkeillä ja passiivisella hoidolla kuten levolla ja hieronnalla mahdollistetaan kuntoutuksen alku. Sen jälkeen painopiste siirretään aktiiviseen kuntoutukseen. (Kalso 2018b, 1119-1126.)

Lääkkeettömiä menetelmiä tulee käyttää aina, kun se on mahdollista (Salanterä ym. 2006, 159-162; Kipu: Käypä hoito -suositus 2017, viitattu 10.9.2019). Parhaisiin hoitotuloksiin päästään yhdistämällä lääkehoito muihin kivun hoitomenetelmiin (Salanterä ym. 2006, 107). Lääkkeettömillä menetelmillä hoidetaan sekä potilaan kipua että kehitetään potilaan omia valmiuksia hallita ja

hoitaa kipua (Talvitie & Ruokoniemi 2015, viitattu 15.10.2019). Keskeisiä lääkkeettömiä menetelmiä ovat esimerkiksi liikunta, suunnitelmallinen, systemaattinen ja ohjattu terapeutinen harjoittelu, kognitiivis- behavioraalinen terapia, TENS, hieronta, akupunktio, kylmähoidot, asento- ja liikehoito. Osa hoitomenetelmistä edellyttää sairaanhoitajalta erikoiskoulutusta, kuten esimerkiksi akupunktio (Salanterä ym. 2006, 159-162; Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, viitattu 1.6.2019; Kipu: Käypä hoito -suositus 2017, viitattu 10.9.2019). Sairaanhoitajalla tulee olla tietoa lääkkeettömistä menetelmistä voidakseen suositella niitä potilaille (Haapio 2000, 230).

Potilaan kivunhallinnan keinoilla annetaan potilaalle välineitä arkiaskareista selviytymiseen kipuongelmansa kanssa. Aktiivisia kivunhallintakeinoja voivat olla esimerkiksi liikuntaharjoittelu, rentoutuminen tai huomion suuntaaminen pois kivusta. Passiivisia kivunhallintakeinoja puolestaan ovat lepääminen, toive tilanteen paranemisesta itsestään, särkylääkkeiden käyttö ja aktiivisuuden välttäminen. (Hagelberg & Valjakka 2008, 73-79.)

Kalso kuvaa kivunhoitoa moottoriajoneuvona, jossa kivun pitkittymisen ehkäisyssä tärkein moottori on potilaan oma aktiivisuus ja motivaatio. Kulkuneuvona toimivat potilaan tekemät elintapamuutokset. Mekaanikon roolissa varikolla toimii terveydenhuoltohenkilöstö. (Kalso 2018b, 1119-1126.) Pitkäkestoisen kivun hoidossa ja kuntoutuksessa tarvitaan moniammatillista lähestymistapaa. Kivun monimutkaistuessa sekä hoidon että tulosten ollessa tuloksettomia, potilaat alkavat kuormittua psykososiaalisesti. Heille tulee terveyteen ja kipuun liittyviä huolia ja murheita, joita on parasta työstää psykologin kanssa yksilöllisesti. Kivun psykologisessa hoidossa potilaalle annetaan välineitä ymmärtää kipua, tunnistaa omia asenteita kipua ja sen lääkitystä kohtaan sekä opetetaan keinoja kivun kokonaisvaltaiseen itsehoitoon. (Soini 2015, viitattu 20.10.2019.)

Kipupotilaan hoito on usein laaja-alaista, joten kuntoutuksen toteuttamisessa on järkevää hyödyntää moniammatillista yhteistyötä. Stakesin määritelmän mukaan **moniammatillisella yhteistyöllä** tarkoitetaan työtä, jossa tekijät edustavat eri ammatteja, mutta toimivat kuitenkin samalla sektorilla. (Pohjolainen 2009, 259.) Haastavassa akuutin kivunhoidossa useissa sairaaloissa on järjestäytynyttä eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Tällöin kivunhoitoon voivat osallistua esimerkiksi anestesia lääkäri, gynekologi, sairaanhoitaja, kätilö, fysioterapeutti sekä toimintaterapeutti. (Salanterä ym. 2006, 66.) Potilas lähipiireineen on moniammatillisen toiminnan tärkeä osa. Yhteistyöllä saadaan usein kohdistettua riittävästi voimavaroja kipupotilaan eduksi.

(Pohjolainen 2009, 259.) Kuntoutuksessa korostuvat potilaan aktiivisuus, itsehoito ja vastuullisuus (Estlander 2003, 205). Kivunhallinta parantaa kipupotilaan elämän laatua (Vainio 2004, 5).

#### **2.2.4 Potilasohjaus**

Potilasohjaus on tärkeä hoitotyön toiminto, jolla annetaan potilaalle riittävästi tietoa kivusta ja sen hoitoon liittyvistä asioista sekä kuntoutuksen ja potilaan oman aktiivisuuden merkityksestä kivun kanssa selviytymisessä (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, viitattu 1.6.2019; Haanpää, Hagelberg, Hannonen, Liira & Pohjolainen 20, viitattu 1.3.2019; Salanterä ym. 2006, 91). Ohjaustilanteen on hyvä olla keskustelunomaista, potilaan lähtökohdista ja tarpeista lähtevää (Kipu: Käypähoito -suositus 2017, viitattu 10.9.2019). Hyvä ohjaus vähentää kipuun liittyvää pelkoa ja ahdistusta sekä parantaa hoitotyön laatua. Laadukas ohjaus vaikuttaa potilaan tyytyväisyyteen, parantaa hoitoon sitoutumista ja osallistumista sekä edistää potilaan paranemista ja kivun hallintaa. Kivun vaikutuksista, hoidon merkityksestä, lääkkeettömistä menetelmistä sekä hoidon tavoitteista ohjausta saaneilla potilailla on kipu paremmin hallinnassa kuin potilailla, jotka eivät saaneet ohjausta. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, viitattu 1.6.2019.)

Potilasohjauksen kehittäminen on tärkeää, koska ohjauksen tarve lisääntyy esimerkiksi lyhentyneiden hoitoaikojen vuoksi, potilaat ovat tietoisia oikeuksistaan, sairaudestaan sekä hoitoonsa liittyvistä asioista (Lipponen 2014, 19). Hoitajat ovat avainasemassa ohjatessaan potilaita ymmärtämään hyvän kivunhoidon merkitystä toipumisprosessissa (Heikkilä 2014, viitattu 13.11.2019). Ihanteellisessa tilanteessa potilas ottaa vastuun omasta selviytymisestään kivun kanssa. Ohjauksen avulla potilas oppii käyttämään joustavasti erilaisia hoito- ja selviytymiskeinoja selvitäkseen kipunsa kanssa arjessa. (Haanpää ym. 2009, 20; Lipponen 2014, 16.) Sisällöltään ohjauksen tulee olla yhtenäistä terveydenhuollon ammattihenkilöiden kesken, jotta potilaan luottamus ja hoitoon sitoutuminen eivät kärsi siitä (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017, viitattu 10.9.2019).

## 2.2.5 Potilaan kivun kirjaaminen

Potilaan kivun kirjaaminen on tärkeä kommunikointikeino terveydenhuollon ammattilaisten välillä (Heikkilä 2017, 33). Se on osaltaan kivunhoidon laadun varmistaja ja kehittäjä. Säännöllisesti ja asianmukaisesti toteutettu potilaan kivun kirjaaminen on edellytys hoidon suunnittelulle, jatkuvuudelle, toteutukselle sekä arvioinnille. Kirjaamisella on tärkeä merkitys myös potilasturvallisuudelle sekä potilaan ja hoitajan oikeusturvalle. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (758/1992) sekä Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (30.3.2009/298) edellyttävät, että potilasasiakirjoihin merkitään potilaan kivunhoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan kannalta tarpeelliset tiedot. Potilasasiakirjoihin on kirjattava potilaan hoidon kannalta välttämättömät tiedot mahdollisimman pian, selkeästi ja ymmärrettävästi. Kirjauksista on ilmevä myös potilaan kivunhoidosta tehdyt päätökset perusteluineen. (Salanterä ym. 2006, 102; Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, viitattu 1.6.2019.)

Potilaan kivusta tulee kirjata vähintään kerran työvuoron aikana, potilaan luonnehdinta, kivun sijainti sekä voimakkuus levossa ja liikkeessä, käytetty kivun hoitomenetelmä, mahdolliset kivun hoidon haittavaikutukset ja kivunhoidon teho. Hoitosuunnitelmassa on oltava potilaan kivunhoidolle asetetut tavoitteet, syynmukaiset- ja kipuoireita lievittävät hoidot sekä tarpeenmukaiset psykososiaaliset tukitoimet ja kuntoutus seuranta-aikatauluineen. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, viitattu 1.6.2019.) Lääkkeen ja muiden hoitojen vaikutuksesta kivun lievittymiseen tulee tehdä kirjaus potilasasiakirjoihin. Vasta kivun ja sen luonteen, hoidon ja sen vaikuttavuuden merkintöjen jälkeen, voidaan puhua hoidon jatkuvuudesta. Ilman huolellista kirjausta potilaan yksilöllinen kivunhoito ei onnistu. (Salanterä ym. 2006, 101.)

Aiemmissa tutkimuksissa on kivun mittaamisen ja hoidon kirjaamisen todettu olevan puutteellista (Grenman, Niemi-Murola, Silvast & Kalso 2006; Niemi-Murola ym. 2011, viitattu 4.11.2019; Heikkilä 2017). Heikkilän tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan kirjaamisen ollessa heikkoa, potilaan hoidon jatkuvuus vaarantuu eikä kommunikaatio terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä toimi riittäväällä tavalla. Kipu ongelmana sekä hoitajien päätöksentekoprosessi eivät tulleet kirjauksissa näkyviin. Kirjaamisen tulisi olla potilaslähtöistä tehtäväkeskeisyyden sijasta. Heikkilän mukaan kirjaamisen seuranta olisi suositeltavaa. Selkeät, näyttöön perustuvat ohjeistukset säästäisivät hoitajien aikaa ohjaamalla selkeästi, mitä tulee kirjata. (Heikkilä 2017, 33-35.)

## 2.2.6 Hoitotyön laadun varmistaminen

Heikkilän (2017, 33-35) mukaan kivunhoidon laatu on riippuvainen hoitajien tiedoista, taidoista sekä asenteista. Laatua kivunhoidossa pystytään varmistamaan hoitohenkilökunnalle järjestettävällä säännöllisellä kivun hoitotyön koulutuksella (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, viitattu 1.6.2019; Heikkilä, Peltonen & Salanterä 2016, viitattu 15.1.2020; Heikkilä 2017 35), kartoittamalla potilastyytyväisyyttä säännöllisesti, määrittelemällä yksiköissä vastualueet sekä turvaamalla kivunhoidon jatkuvuus. Potilaan kivunhoidon tulee olla moniammatillista ja hyvin organisoitua. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus, 2013, viitattu 1.6.2019).

Näyttöön perustuvalla toiminnalla ja vaikuttavilla hoitomenetelmillä pystytään osaltaan vaikuttamaan hoitotyön laatuun. Sillä pysytään edistämään potilaan hyvää hoitoa ja kansalaisten terveyttä parhaaseen mahdolliseen tietoon perustuen. Vastuu näyttöön perustuvan toiminnan toteutumisesta ei ole yksistään yksiköiden työntekijöiden vastuulla, vaan organisaation on luotava mahdollisuudet näyttöön perustuvalla toiminnalla. (Korhonen ym. 2018, 5, 26, 36, 71.)

### **3 TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö on osa KKYT-hanketta PPSHP: ssä Lasten ja naisten tulosalueella. Hankkeen tavoitteena on, että Lasten ja naisten tulosalueella tullaan arvioimaan potilaan kipua systemaattisesti ja käyttämään lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä osana hoitotyötä. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena on tuottaa tietoa potilaan kivunarvioinnin ja -hoidon yhtenäisen toimintamallin kehittämiseksi. Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on selvittää hoitajien kokemuksia potilaan kivunarvioinnista ja -hoidosta sekä tuottaa tietoa hoitajille potilaan kivunarvioinnin ja -hoitamisen kehittämiseksi.

Tutkimuskysymyksiä ovat:

- 1) Millaisia haasteita hoitohenkilökunta kokee arvioidessaan ja hoitaessaan potilaan kipua?
- 2) Millaisia kehittämisideoita hoitohenkilökunnalla on potilaiden systemaattisen kivunarvioinnin ja -hoidon kehittämiseksi?

## 4 TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

### 4.1 Metodologiset lähtökohdat

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on ymmärtää ja kuvata mahdollisimman kokonaisvaltaisesti tutkittavan ilmiön laatua, merkityksiä ja niiden välisiä suhteita (Kananen 2008, 24; Kananen 2014 25-26; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2018, 161). Ymmärryksen tuotoksena syntyy vähitellen teoria tutkittavasta ilmiöstä (Kananen 2014, 26). Tutkimuksella halutaan saada syvälinen käsitys tutkittavasta ilmiöstä eli vastaus kysymykseen: ”Mistä tässä on oikein kysymys?” (Kananen 2014, 18-20). Tutkimuksen tarkoitus ohjaa tutkimuksessa tehtäviä strategisia valintoja (Hirsjärvi ym. 2018, 137).

Laadullinen tutkimus etenee yleisen tutkimusprosessin mukaan, siten että aineistonkeruu ja analyysi vuorottelevat. Aineisto analysoidaan, jonka jälkeen tarvittaessa kerätään uutta aineistoa. Näitä tiedonkeruu- ja analyysivaiheita voi olla useampia. (Kananen 2014, 99.) Tutkijan rooli voi vaihdella täysin ulkopuolisesta toimijasta aina ilmiön muutoksentehtävään (Kananen 2014, 24). Minä YAMK-opiskelija, toimin kättilönä Naisten vastuualueella sekä kipuyhdysheikilönä Lasten ja naisten tulosalueella.

### 4.2 Tutkimuksen osallistujat ja aineiston kerääminen

Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetussa tutkimuksessa tutkimusaineiston koolla ei ole merkitystä vaan sen laadulla. Tutkimusaineiston tehtävänä on toimia apuvälineenä tutkittavan ilmiön ymmärtämisessä. (Vilkka 2015, 150.) PPSHP: n KKYT-hankkeeseen liittyen tämän tutkimuksen aineisto on kerätty loka- ja marraskuussa 2018 Lasten ja naisten tulosalueella Webropol-kyselylomakkeilla. Tutkimuksen osallistujat ovat hoitohenkilökuntaa (N=455), jotka työskentelevät potilastyössä LaNa: n tulosalueella. Kyselyyn vastasi 253 työntekijää.

Ensimmäisessä aineiston keruuvaiheessa kyselylomake lähetettiin tutkimukseen osallistujien työ sähköpostiin. Osallistujilla oli mahdollisuus vastata myös paperiseen kyselylomakkeeseen. Kyselylomake sisälsi kuusi osiota: 1) taustatiedot, 2) kivunarvointi ja kipumittarit, 3) kivunhoito, 4) potilaan ja hänen vanhempansa/ läheisensä ohjaaminen, 5) potilaan ja hänen vanhempansa /

läheisensä kohtaaminen ja 6) ehdotukset kivunarvionnin ja -hoidon kehittämiseksi. Kyselylomake perustui parhaaseen tutkimusnäyttöön, aiempiin luotettavaksi todettuihin mittareihin (Pölkki, Vehviläinen-Julkunen & Pietiläinen 2001, viitattu 30.11.2019; Pölkki & Korhonen 2012, viitattu 1.1.2020) sekä Kivun käypä hoito (2015) ja hoitosuositukseen (2013).

Analysoimillani avoimilla kysymyksillä selvitettiin hoitajien kokemuksia kivunarvointiin ja -hoitoon liittyen. Niillä annettiin mahdollisuus tuoda vapaasti esiin kokemuksia edellä mainituista asioista. Avoimilla kysymyksillä tuotetaan kokemuksia, joista tutkijan pitää löytää ratkaisut tutkimuskysymyksiin. (Kananen 2014, 25.) Tutkimuksessa analysoitiin kyselyssä saadut vastaukset avoimien kysymysten osalta. Avoimilla kysymyksillä kerättiin tietoa: 1) millaisia haasteita hoitohenkilökunta kokee kohdatessaan kipua kokevan potilaan 2) millaisia kehittämistarpeita tai ongelmia hoitohenkilökunta kokee kivunarvionnissa ja -hoidossa 3) kuinka kivunarvointia ja -hoitoa voitaisiin kehittää omassa työyksikössä. Rajasin aineiston koskemaan Na tulosalueen henkilökunnan avoimia kysymyksiä, koska muuten aineisto olisi ollut liian laaja. Na tulosalue käsittää vastuualueena synnytykset, naistentaudit sekä genetiikan yksiköt. Hoitohenkilökunta hoitaa lapsettomuus hoidoissa olevia, raskaana olevia, synnyttäviä, synnyttäneitä, vastasyntyneitä ja gynekologisia kirurgisia ja - syöpäpotilaita sekä naistentautien potilaita.

Tutkimuksen aineistolla kuvataan tutkittavaa ilmiötä (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 137; Tuomi & Sarajärvi 2018, 122). Tutkimuksessa saatu aineisto tuotiin SPSS-ohjelmaan, jonka avulla strukturoituja kysymyksiä analysoitiin. Paperisten kyselylomakkeiden tiedot siirrettiin SPSS-ohjelmaan. Avoimien kysymysten vastaukset keräsin itse SPSS-tiedostosta ja siirsin ne Word-tiedostoon, josta käsin aineiston käsittely ja analysointi oli helpompi toteuttaa. Keräämäni aineisto oli laajuudeltaan 37 sivua Word tiedostoa, kirjoitettuna Ariel Narrow kirjaisiin tyypillä ja kirjaimen ollessa pistekokoa 12. Aineiston kokonaiskuvan saamisen vuoksi luin aineistoa useita kertoja läpi ennen varsinaisen analyysin aloittamista.

#### **4.3 Aineiston käsittely ja analysointi**

Aineiston luokitteluun tarvittiin teoreettinen lähtökohta (Kananen 2014, 109; Ojasalo ym. 2014 137; Vilka 2015, 163; Tuomi & Sarajärvi 2018, 107), joka tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä oli abduktiivinen päättely. Siinä päättely perustuu siihen, että havaintojen tekemiseen sisältyy



johtoajatus, jonka avulla tarkastellaan empiiristä maailmaa ja analysoidaan aineistoa. (Grönfors & Vilkkä 2011, 17-18; Tuomi & Sarajärvi 2018, 99.) Uuden teorian muodostus ei siis synny pelkkien havaintojen pohjalta, vaan johtoajatus voi olla epämääräinen, intuitiivinen käsitys tai hyvinkin pitkälle muotoiltu hypoteesi. Abduktiivinen päättely lähtee liikkeelle empiriasta, mutta se ei torju teorian olemassaoloa kaiken taustalla. Käytin aiempia tutkimuksia, kirjallisuutta ja teoriaa päättelyn tukena ja taustana. (Anttila, luku 7.4.1 Abduktiivinen päättely, viitattu 16.12.2019).

Valitsin sisällönanalyysin analysointitavaksi, koska tutkimuksessani loin kuvauksen hoitajien kokemuksia potilaan kivun arvioinnista ja -hoidosta sekä pyrin luomaan tietoa hoitajille potilaan kivun arvioinnin ja -hoidon kehittämiseksi (Vilkkä 2015, 163; Tuomi & Sarajärvi 2018, 118). Sisällönanalyysillä halusin luoda sanallisen, selkeän ja tiiviin kuvauksen tutkittavasta ilmiöstä (Kananen 2008, 94; Ojasalo ym. 2014, 137; Tuomi & Sarajärvi 2018, 122). Tiivistin aineistoa pyrkien olemaan kadottamatta sen sisältämää tietoa. Analysoinnilla halusin lisätä aineiston informaatioarvoa ja tehdä luotettavia johtopäätöksiä. Aineiston käsittely perustui loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto ensin hajotettiin pieniin osiin, käsitteellistettiin ja lopuksi koottiin uudeksi kokonaisuudeksi. Pelkistämisen myötä alkuperäisaineistosta saatiin karsittua myös tutkimukselle epäolennaiset asiat pois. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122-124.) Laadullinen analyysi koostui siis havaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta (Alasuutari 2011, 39).

Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe oli analyysirungon muodostaminen. Analyysirungon sisälle muodostettiin aineistosta erilaisia luokituksia noudattaen sisällönanalyysin periaatteita. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 127-128.) Analyysirunkona minulla toimivat kyselylomakkeen avoimet kysymykset. Pelkistämisessä käytin aineiston koodausta. Koodaamalla sain aineistosta ymmärryksen ja siitä tuli helpommin käsiteltävä. (Kananen 2008, 89; Kananen 2014, 104; Tuomi & Sarajärvi 2018, 124.) Koodaamisella loin myös pohjan klusteroinnille eli ryhmittelylle. Siinä poimin aineistosta systemaattisesti analyysirungon mukaisia ilmauksia. Sen jälkeen etsin ilmaisista samankaltaisuuksia ja erottavia teemoja. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124.) Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmittelin ja yhdistin alaluokiksi ja nimesin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Kananen mukaan aineistosta kaivetaan esille olennainen, sillä runsaat tekstit kätkevät sisälleen paljastettavan salaisuuden. Koodaamisessa apuvälineinä voidaan käyttää erilaisia merkkejä, sanoja tai värejä. (Kananen 2008, 90.) Itse käytin koodauksessa apuna värejä asiakokonaisuuksien eli segmenttien erottamiseen. Taulukossa 1. esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä.

TAULUKKO 1. Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä

Yhdistäväluokka: Kivunarvioinnin ja hoidon haasteet		
Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krooninen kivunhoito on vaikeaa</li> <li>- Kipu on laaja-alainen käsite</li> <li>- Kivun lääkehoito haaste</li> <li>- Haasteena potilaat, joille mikään kivunlievitys ei tuo apua</li> </ul>	Kivunhoitamisen haasteellisuus	Haastavat tilanteet
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toivottomuus, kun kivunlievityksestä ja hoidosta huolimatta potilas on kipeä</li> <li>- Riittämättömyyden tunne, kun ei löydy sopivaa kivunlievittäjää</li> <li>- Oma olo on avuton, mutta silti parhaan tietämykseni mukaan ohjaan potilasta ja omaista kivun hoidossa.</li> </ul>	Hoitajien kokemaa riittämättömyyden tunne	

Abstharaoimalla aineistoa muodostin käsitteiden avulla kuvausta tutkittavasta kohteesta. Liitin empiirisen aineiston teoreettisiin käsitteisiin ja tuloksissa esittelin aineistosta muodostetun mallin aineistoa kuvaavista teemoista. (Kylmä & Juvakka 2007, 116-119; Ojasalo ym. 2014 137-141; Tuomi & Sarajarvi 2018, 125-126.) Tuloksissa kuvasin luokittelujen pohjalta muodostettuja käsitteitä sekä niiden sisältöjä. Johtopäätösten tekemisessä pyrin ymmärtämään, mitä asiat tutkittavalle ilmiölle merkitsevät. (Tuomi & Sarajarvi 2018, 126-127.)

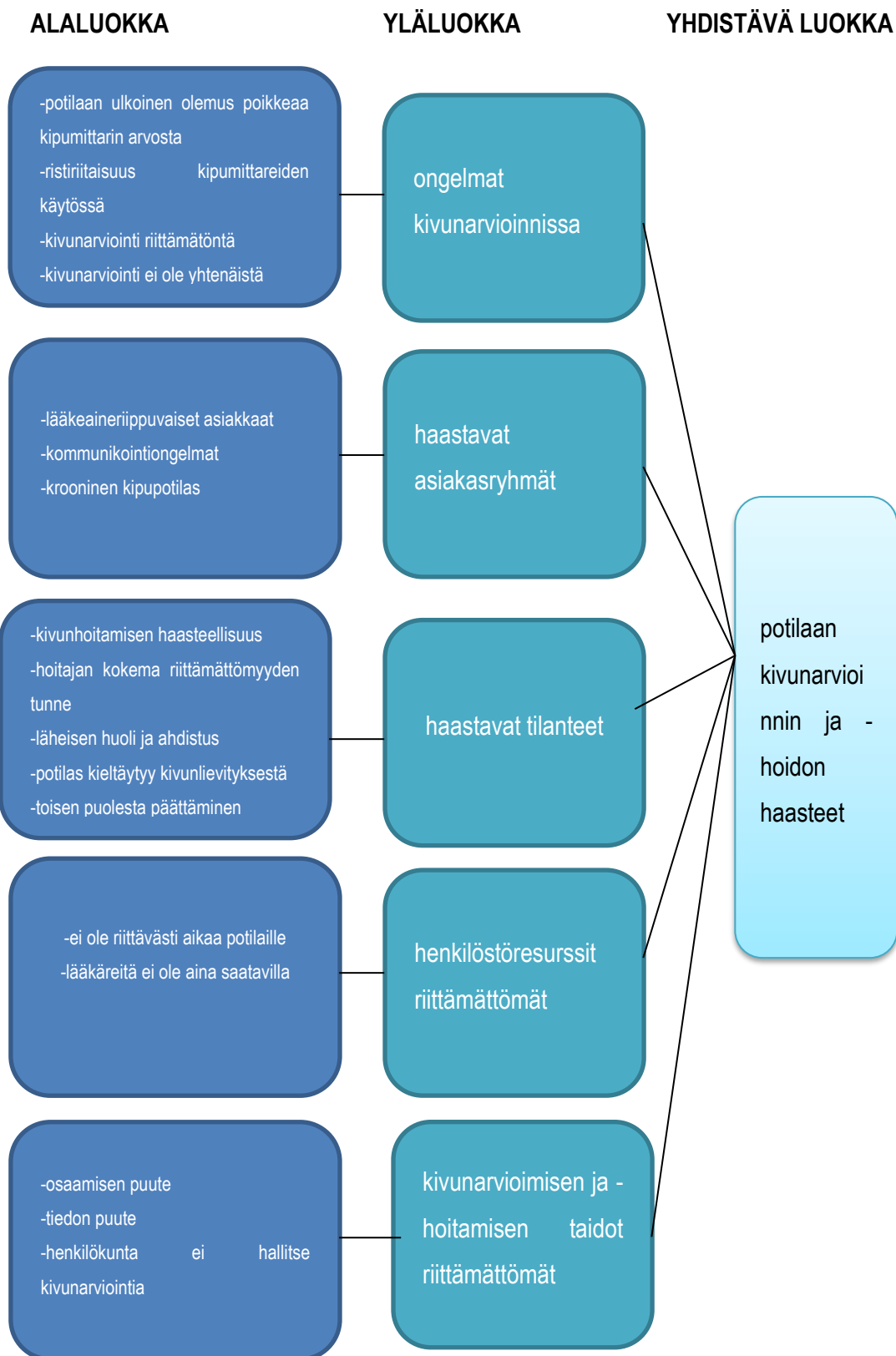
## 5 TUTKIMUSTULOKSET JA NIIDEN TARKASTELU

### 5.1 Kivunarvioimisen ja -hoidon haasteet

Aineiston pelkistetyistä ilmauksista muodostetuista sisällönanalyysin alaluokat nimesin seuraavasti: **potilaan ulkoinen olemus poikkeaa kipumittarin arvosta, ristiriitaisuus kipumittareiden käytössä, kivunarviointi riittämätöntä, kivunarviointi ei ole yhtenäistä, lääkeaineriippuvaiset asiakkaat, kommunikointiongelmia, krooninen kipupotilas, kivunhoitamisen haasteellisuus, hoitajan kokemaa riittämättömyyden tunne, läheisen huoli ja ahdistus, potilas kieltäytyy kivunlievityksestä, toisen puolesta päättäminen, ei ole riittävästi aikaa potilaille, lääkäreitä ei ole aina saatavilla, osaamisen puute, tiedon puute, henkilökunta ei hallitse kivunarviointia.**

Alaluokkien muodostamisen jälkeen jatkoin aineiston analysoimista kokoamalla samankaltaisia alaluokkia yhteen, joista puolestaan muodostuivat yläluokat. Yläluokille annoin nimet alaluokkia yhdistävistä käsitteistä. (Ojasalo ym. 2014, 140.) Yläluokat nimesin seuraavasti: **ongelmat kivunarvioinnissa, haastavat asiakasryhmät, haastavat tilanteet, henkilöstöresurssit riittämättömät, kivunarvioimisen ja -hoitamisen taidot riittämättömät.** Koodauksen jälkeisessä analyysissä pyrin löytämään aineistosta koodauskehikon avulla teemoja (Kananen 2008, 89; Kananen 2014, 104, 113; Tuomi & Sarajärvi 2018, 124-125).

Analyysin tavoitteena oli muodostaa kaikista käsitteistä yksi kaikkia kuvaava ja yhdistävä käsite (Kylmä & Juvakka 2007, 116–118; Tuomi & Sarajärvi 2018, 129). Yhdistävän luokan nimesin tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimuskysymyksestä 1. Yhdistävästä luokasta tuli **Potilaan kivunarvioinnin ja -hoidon haasteet.**



KUVIO 1. Henkilökunnan kokemat haasteet kivunarvioinnissa ja -hoidossa

### 5.1.1 Ongelmat kivunarvioinnissa

Hoitaessaan potilaita hoitohenkilökunta koki haastavia tilanteita kivunarvioinnissa ja -hoidossa. Kivunarviointi koettiin ongelmalliseksi esimerkiksi silloin, kun potilaan antama arvo kipumittarilla oli täysin ristiriidassa ulkoisen olemuksen kanssa. Tämä herätti hoitajissa ristiriitaisia tunteita kipumittareita käytettäessä. Hoitajilla oli myös huoli, osaako ja pystyykö potilas ilmaisemaan ja arvioimaan kivun voimakkuutta mittarilla. Hoitotyön- ja käypähoidon suosituksen mukaan kivunarvioinnin tulee pohjautua juuri potilaan arvioimaan kipuun (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017, viitattu 10.9.2019; Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, viitattu 1.6.2019).

*”Joskus on haastavaa arvioida kivun voimakkuutta, jos VAS ja potilaan ulkoinen olemus risteävät. Potilas voi olla hyvin kivuliaan näköinen ja läheinen hätääntynyt mutta kipumittarilla potilas arvioi kivun vähäisemmäksi. Vastaavasti voi käydä myös toisin päin. Potilas voi olla hymyilevä eikä vaikuta kovin kipeälle, mutta antaa VAS 9”*

Hoitajien kokemuksen mukaan kivunarviointi on riittämätöntä ja siitä puuttuu systemaattisuus sekä yhtenäiset käytänteet. Hoitohenkilöstön mukaan kivunarvioinnin taso vaihteli tällä hetkellä liikaa; osa hoitajista arvioi kipua säännöllisesti, osa harvakseltaan ja osa ei lainkaan. Kivunarvioinnin systemaattisuuden merkitys ja tärkeys tiedostettiin. Formisto (2017, 17) totesi tutkimuksessaan, hoitajat arvelivat yhteisten käytäntöjen ja ohjeiden puuttumisen kipumittareiden käytöstä vaikuttavan hoitohenkilöstön asenteeseen kipumittareiden käyttöä kohtaan.

*”VAS-mittarin käyttöä pitäisi tehostaa kivunarvioinnissa. “*

Lehtosen ym. tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan Suomessa on olemassa paljon erilaisia mittareita kivunarviointiin, mutta mittareiden käyttöönotto on ollut hidasta, koska mittareita ei tunneta eikä niitä osata käyttää (Lehtonen, Mäkelä, Tanskanen & Aholaakko 2010, 53). Myös Formiston (2017, 22, 28-29) mukaan osa hoitajista koki kipumittarit oudoiksi ja kipumittareiden käyttöön liittyvät taidot puutteelliseksi. Kivunarviointi koettiin ongelmalliseksi erityisesti silloin, kun kommunikointikyvyssä oli ongelmaa. Yhtenäisten kipumittareiden käytön ohjeiden puuttumisella havaittiin olevan suora yhteys kipumittareiden vähäiseen käyttöön. Kivesvara, Axelin ja Salanterä

puolestaan totesivat, että hoitajat ottivat lapsipotilaiden arvioiman kivun huomioon, mutta objektiivisten kipumittareiden käyttö oli vähäistä. Kipumittarin käyttö lisäisi objektiivisuutta, vertailtavuutta sekä helpottaisi ja parantaisi dokumentoimista. (Kivesvaara, Axelin & Salanterä 2006, 75-76.) Niemi-Murolan ym. (2011) mukaan yhteisen kielen puuttuminen hankaloittaa kivunarviointia, koska useimmat mittarit tarvitsevat sanallista opastusta. Kasvokuvaan perustuva mittari on todettu parhaaksi keinoksi tulkita kielivähemmistöön kuuluvien kipua. Myös vieraskielisten valikoitujen mittareiden tuominen eri yksiköihin voisi parantaa ainakin lukutaitoisten potilaiden kivunarviointia ja hoitoa sekä helpottaa henkilökunnan työtä.

### 5.1.2 Haastavat asiakasryhmät ja tilanteet

Hoitajat kokivat potilaan kivunhoitamisen haasteellisenä. Haastavaa kivun hoitamisesta tekivät esimerkiksi tietyt asiakasryhmät ja -tilanteet. Haastaviin asiakasryhmiin hoitajat mainitsivat kuuluvan lääkeaineriippuvaiset asiakkaat sekä potilaat, joiden kansa yhteinen kieli puuttuu tai kommunikoinnissa ylipäätään oli ongelmia. Rissanen totesi tutkimuksessaan, että hoitajat kokivat monikulttuuristen potilaiden hoitamisen haasteelliseksi kommunikaatiosta johtuvien ongelmien vuoksi. Kommunikaatio-ongelmat voivat aiheuttaa tiedon katkoksia, väärinymmärrystä sekä pelkoa. (Rissanen 2013, 3.) Myös Rask havaitsi tutkimuksessaan, että hoitajat kokivat avuttomuutta vaikeissa kivunhoidon tilanteissa (Rask 2003, 14). Haastavaksi koettiin myös kroonisten kipupotilaiden hoito, koska kivunlievityksen vaihtoehdot ovat silloin vähäisiä ja toisinaan tehottomia. Tämä kuormittaa hoitohenkilökuntaa henkisesti.

*”Krooninen kivunhoito on vaikeaa, yleensä keinot ovat vähäiset ja potilaalla saattaa olla pessimistinen asenne kivunhoitoa kohtaan.”*

Hoitajat kokivat kivunhoitamisen laaja-alaisena, kokonaisvaltaisena ja haasteellisenä. Esimerkiksi hoitaja haluaisi auttaa potilasta nopeasti, mutta aiemmin annetut lääkkeet estävät sen. Toisinaan kivunhoidosta huolimatta ei löydy sopivaa kivunlievittäjää esimerkiksi krooninen kipupotilas. Kun annetusta kivunhoidosta huolimatta potilas on kipeä, kokevat hoitajat riittämättömyyden ja avuttomuuden tunnetta. Toisinaan osastolla supistelevälle asiakkaalle ei löydy tehokasta kivunlievittäjää eikä synnytyssalissa ole tilaa. Synnytyssalissa riittämättömyyden tunnetta aiheutti se, kun synnyttäjälle annettu puudutus ei auta.

*”Riittämättömyyden tunne, kun juuri oikean kivunhoitomenetelmän löytäminen ei aina onnistu.”*

Läheisen huoli ja ahdistus tuovat usein hoitotilanteeseen lisää kuormitusta. Huolestuneet läheiset saattavat käyttäytyä jopa aggressiivisesti ja uhkailla hoitajia, mikäli puoliso on kipeä, eikä kivulle löydy sopivaa lievittäjää. Osastoilla puutteeksi koettiin myös se, että kipupotilaan kohdalla tukihenkilön läsnäolo joudutaan rajoittamaan vierastuntiin. Usein kipeä potilas sietää paremmin kipua läheisen läsnä ollessa. Perheen läsnäololla onkin kuvattu olevan potilaan kipua lievittävä vaikutus. Sairaanhoitajat pitävät tärkeänä perheen läsnäoloa, sillä se luo potilaalle turvallisen olon, jolloin potilas pystyy rentoutumaan ja rauhoittumaan. (Rissanen 2013, 44.)

Toisinaan kipeä potilas kieltäytyy tarjotuista kivunlievityksistä ja valittelee kuitenkin kipua. Esimerkiksi lääkeaine riippuvaiset asiakkaat eivät suostu kokeilemaan lääkärin määräämää lääkettä, koska asenteellisesti jo ajattelevat, ettei se auta. Tai potilas ei uskalla kokeilla lääkärin määräämää lääkettä. Toisinaan potilas voi myös haluta kivunlievitystä, mutta ei osaa tehdä päätöstä asian suhteen, vaan odottaa hoitavan kättilön tekemän päätöksen omasta puolestaan. Toisen puolesta päättäminen tekee kivunhoidosta haastavaa ja kuormittavaa.

### **5.1.3 Henkilöstöresurssit riittämättömät**

Yksi ongelma henkilökunnan kokemuksen mukaan on se, että henkilöstöresurssit ovat riittämättömät. Myös Pätäri havaitsi tutkimuksessaan, että hoitohenkilöstö koki kiireen ja puutteellisten henkilöstöresurssien lisäävän kivunhoidon haasteellisuutta (Pätäri 2014, 36). Pölkki, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä (2009, 91) havaitsivat resurssien puutteen vaikeuttavan kivunarviointia.

Potilasjako ei ole aina toimiva. Hoitajien kokemusten mukaan todella kipeä potilas tarvitsee aktiivista kivunhoitoa ja hoitajan vierelle, jotta kipu ei määrättömästi pahene ja vaikeuta hoitamista. Aina tähän ei ole henkilöstöresursseja tai sitä ei huomioida potilasjakoa suunniteltaessa. Myöskään potilaan ja hänen omaisen kanssa keskustelemiseen ei aina ole aikaa. Esimerkiksi poliklinikalla vastaanotto aika koettiin liian lyhyeksi, joka johtaa kipupotilaan pinnalliseen kohtaamiseen.

*”Poliklinikalla vastaanottoaika on lyhyt ja potilaan kohtaaminen rajallista. Pitäisi heti osata tarttua kipuun ja sitä aiheuttaviin asioihin.”*

Yksi henkilöstöresursseihin liittyvistä ongelmista oli se, että lääkäri ei ole aina saatavilla tai edes puhelimella tavoitettavissa. Kivun aiheuttama potilaan hätä voi tehdä hoitavan henkilökunnan myös hätääntyneeksi, kun apua ei pystytä tarjoamaan kipeälle potilaalle.

#### **5.1.4 Kivunarvioimisen ja -hoitamisen taidot riittämättömät**

Hoitajien kokemuksen mukaan omat taidot kivunarvioinnissa ja -hoidossa ovat ajoittain riittämättömät. Osaamisen puutetta koettiin ylipäänsä kivunlievitykseen ja lääkehoitoon liittyen. Taitamattomuutta koettiin olevan myös lääkkeettömien vaihtoehtojen hallinnassa. Hoitajat halusivat tarjota tehokkaita lääkkeettömiä vaihtoehtoja, mutta kokivat etteivät hallitse niitä. Tiedon puute vaivasi hoitohenkilöstöä niin kivunhoidon tietojen, lääkkeettömien vaihtoehtojen kuin ohjaamisen suhteen. Hoitajien kokemuksen mukaan osa henkilökunnasta hoitaa kipua juuri tietämättömyyden ja taitamattomuuden vuoksi liian varovaisesti. Tietojen puutteellisuus aiheutti hoitajille riittämättömyyttä, joka puolestaan kuormittaa henkisesti työtä. Myös Raskin tutkimuksessa hoitajat toivat esille tiedon puutteen esimerkiksi lääkkeistä ja lääkkeiden yhteensopivuudesta (Rask 2003, 14).

*”Oma olo on avuton, mutta silti parhaan tietämykseni mukaan ohjaan potilasta ja omaista kivunhoidossa.”*

Osa hoitajista arveli vähäisen kivunarvioinnin johtuvan siitä, että hoitohenkilökunnan keskuudessa ei hallita kivunarviointia. Kipumittareiden käyttöä ei oltu ohjattu missään vaiheessa ja niiden käyttöön liittyvät ohjeet puuttuivat. Ajateltiin, että kivunarvioinnin pitäisi olla kaikkien tiedossa oleva asia, mutta käytännössä se ei sitä ole. Myös Formisto (2017, 21-22) totesi tutkimuksessaan, että mikäli yhteiset ohjeet, kipumittarit, kipumittarin käytön ohjeet puuttuvat työyksiköstä, ei kipua tulla työyksikössä arvioimaan systemaattisesti. Toisaalta kipumittari oli hyvin käytössä niillä osastoilla, joilla oli tarkka ohjeistus kipumittarin käytöstä. Myös positiivisella asennoitumisella kivun mittaamiseen oli kipumittarin käyttöä lisäävä vaikutus.

*”Ei tosiaan riitä, että tilataan mittarit ja jaetaan henkilökunnalle, mutta ei mitenkään ohjata sen käytössä. Henkilökunnan pitää kaikki itse ottaa selvää ja opetella. Ei ole ihmeäkään, että mittaria ei paljon käytetä tai kipua arvioidaan vain vähän, kun ei ole osaamista.”*



## 5.2 Kivunarvioinnin ja -hoidon kehittäminen

Aineiston pelkistetyistä ilmauksista muodostin ja nimesin seuraavat alaluokat: **yhteistyötä ammattilaisten kanssa kaivataan, fysioterapeutteja ei hyödynnetä, yhteistyötä psykologien kanssa enemmän, laboratoriohoitajien kanssa ei tehdä yhteistyötä, yhteistyö lääkäreiden kanssa vaihtelevaa, lääkäreiden vastuunkannon puute, hoitajien suhtautumisessa ongelmaa, kollegiaalisuuden puute, kivun kirjaaminen puutteellista, kivunarvioinnin kirjaaminen riittämätöntä, lääkärit eivät kirjaa määräyksiään, potilaiden hoito-ohjeet puutteelliset, lisää kirjallisia hoito-ohjeita hoitajille, kirjallisia hoito-ohjeita omaisille, kivunarviointi systemaattiseksi, mittareiden käytön lisääminen, vähäinen työnkierto heikentää hoitamisen taitoja, kivunhoito puutteellista, kivunarviointiin ja -hoitoon yhtenäiset toimintatavat, vastasyntyneen kivunarviointi ja -hoito kaipaavat kehittämistä, lääkkeettömien menetelmien liian vähäinen käyttö, lääkkeettömien menetelmien lisääminen, lääkärit käyttävät vain lääkkeellisiä menetelmiä, koulutusta lääkkeettömistä menetelmistä, koulutusta kivunarvioinnista, koulutusta kivunhoidosta ja säännölliset koulutukset .**

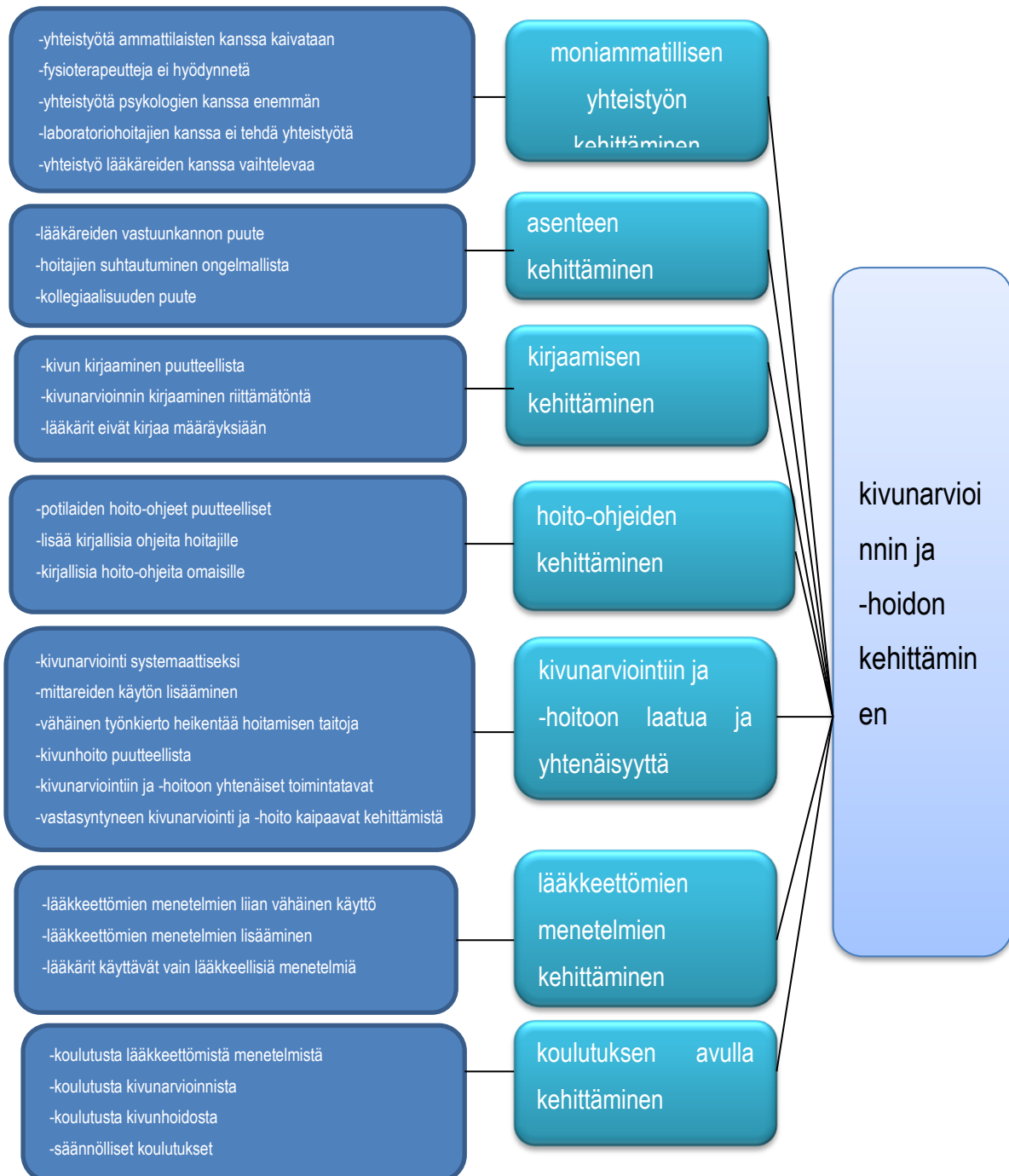
Alaluokkien muodostamisen jälkeen jatkoin aineiston analysoimista kokoamalla samankaltaisia alaluokkia yhteen, joista puolestaan muodostin yläluokat. Yläluokat nimesin seuraavasti: **moniammatillisen yhteistyön kehittäminen, asenteen kehittäminen, kirjaamisen kehittäminen, hoito-ohjeiden kehittäminen, kivunarviointiin ja -hoitoon laatua ja yhtenäisyyttä, lääkkeettömien menetelmien kehittäminen ja koulutuksen avulla kehittäminen**. Yhdistävän luokan nimesin tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimuskysymyksestä 2. Yhdistävästä luokasta **kivunarvioinnin ja -hoidon kehittäminen**.

Tutkimukseen osallistuneet kokivat potilaan kivunarvioinnin ja -hoidon tärkeäksi kehitettäväksi asiaksi. Tärkeimmät kehitettävät asiat kivunarvioinnin ja -hoidon suhteen olivat moniammatillinen yhteistyö, asenne, kirjaaminen, hoito-ohjeet, hoidon laatu ja yhtenäisyys, lääkkeettömien vaihtoehtojen lisääminen, kivunarvioinnin sekä kehittäminen koulutuksen avulla. Kuvio 2. kuvaa kivunarvioinnin ja -hoidon kehittämisen luokittelua.

## ALALUOKKA

## YLÄLUOKKA

## YHDISTÄVÄ LUOKKA



KUVIO 2. Kivunarvioinnin ja -hoidon kehittäminen

### 5.2.1 Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kaipasivat moniammatillista yhteistyön lisäämistä ja kehittämistä. Yhteistyötä haluttiin lisäävän eri ammattilaisten sekä avosektorin kanssa nykyistä enemmän. Hoitajat toivoivat, että kipumittarit otettaisiin käyttöön jo neuvolassa, jolloin se olisi niin lapsille kuin aikuisille tuttu väline sairaalaan tultaessa.

*“Kipumittarin tunnetuksi tekeminen jo neuvolassa, jossa suomalainen lapsi käy ja tutustuu terveydenhuoltojärjestelmäämme. Tarra niin kuin ennen vanhaan oli hampaiden hoidosta.”*

Yhteistyötä kaivattiin enemmän psykologien, fysioterapeuttien, osteopaattien, laboratoriohoitajien ja lääkäreiden kanssa. Tiedostettiin, että toisen erikoisalan osaamista ei hyödynnetä tällä hetkellä riittävästi. Kipupotilaan psyykkisten voimavarojen tukeminen koettiin haasteelliseksi, joten psykologisen- tai psykiatrisen asiantuntijan kanssa tehtävää yhteistyötä kaivattiin. Erityisesti vastasyntyneiden parissa työskentelevät olivat huomioineet, että yhteistyö laboratoriohoitajien kanssa oli toimimatonta ja puutteellista.

*”Laboratorion työntekijöiden kanssa voisi tehdä enemmän yhteistyötä liittyen vastasyntyneeltä otettavien näytteiden yhteydessä toteutettavaan kivunlievitykseen. Esim. käsikapalo ei ole käytössä kuin muutamalla osastomme hoitajalla.”*

Yhteistyö lääkäreiden kanssa koettiin hyvin vaihtelevaksi. Lastenlääkäreiden kanssa tehtävässä yhteistyössä ei tavallisesti ollut suurempia ongelmia. Mutta gynekologin ja anestesia-lääkäreiden kanssa yhteistyö ei ollut ongelmaton. Esimerkiksi yövuorossa kaikki anestesia-lääkärit eivät haluaisi tulla puuduttamaan synnyttäjiä. Myös gynekologien kanssa koettiin kipupotilaan kivunhoitoon suhtautumisessa ongelmia, ikään kuin hoitajan esittämää asiaa lääkärit eivät ottaisi todesta. Lääkäreiden asenteen koettiin vaikuttavan siihen, että potilaat eivät saa hyvää, ansaitsemaansa hoitoa. Henkilöstö koki lääkäreiden ajattelutavan työtä kuormittavana asiana.

*”Toinen asia aikuispotilaiden kohdalla on se, että ei pitäisi olla niin pientä kipuasiaa, että lääkäri ei voisi vaivautua paikalle, jo se osoittaisi, että kivunhoidolla ja -arvioinnilla on merkitystä. Ja tämä taas kannustaisi henkilökuntaakin arvioimaan kipua, toteuttamaan kivunhoitoa ja kirjaamaan tästä asianmukaisesti.”*

### 5.2.2 Asenteen kehittäminen

Sekä lääkäreiden että hoitajien asenteen koettiin tarvitsevan kehittämistä. Osa hoitajista koki, että lääkäreillä ei ole vastuunkantoa siitä, onnistuuko potilaan kivunhoito vai ei. Tämä koettiin ongelmalliseksi erityisesti lääkeriippuvaisten asiakkaiden ja kroonisten kipupotilaiden kohdalla. Lääkeriippuvaisten asiakkaiden ja kroonisten kipupotilaiden kohdalla toivottiin, että vain muutama lääkäri perehtyisi syvällisesti potilaan asioihin ja kyseinen lääkäri ottaisi kantaa kipupotilaan hoitoon, jotta hoidon jatkuvuus turvattaisiin. Myös lääkäreiden laittamien puudutusten epäonnistuminen koettiin kuormittavana potilaan pettymyksen vuoksi.

*”Kipulääke/opiaatti - riippuvaisten kipulääkitykseen yksi tai kaksi lääkäriä ottaa kantaa. Ja sitten niissä päätöksissä pysyminen. Ettei ohje/suunnitelma vaihdu päivittäin.”*

Myös hoitajien suhtautumisessa kivun hoitamisessa oli parantamisen varaa. Esimerkiksi käsikapaloa ja ihokontaktia ei käytetä vastasyntyneen näytteenottotilanteessa kivunlievittäjänä, vaikka se on näyttöön perustuva ja laajasti maailmalla käytetty hoitotyön väline. Ylipäätään suhtautuminen näyttöön perustuvaan toimintaan koettiin huonoksi. Hoitajien keskuudessa kärsittiin myös kollegiaalisuuden puutteesta. Esimerkiksi tietoa ei jaeta toisille automaattisesti. Osa hallitsee esimerkiksi lääkkeitömät vaihtoehdot, mutta eivät jaa tietoa toisille, mikäli sitä ei erikseen pyydetä. Hoitajat kaipasivat työkavereiltaan keskustelun kautta oppimista esimerkiksi rentoutumisesta.

*”Työpaikkani toimintakulttuuriin ei kuulu kivunhoidon näyttöön perustuva osaaminen. Esim. käsikapalon ja ihokontaktin käyttö vauvan näytteenotoissa eivät ole yleisessä käytössä, vaikka maailmalla niiden suotuisista vaikutuksista on näyttöä.”*

Kritiikkiä tuli myös siitä, että uusia käytäntöjä otetaan käyttöön ilman erillistä ohjausta siten, että oletetaan kaikkien opettelevan ja perehtyvän uusiin käytäntöihin itseohjautuvasti esimerkiksi kipumittarien käyttöönotto.

*”Ei tosiaan riitä, että siitä sanotaan aamuraportilla, että ottakaa itse selvää, miten se tehdään ja ohjatkaa ja toteuttakaa tai kertaalleen osastokokouksessa käydään läpi vaan sitä pitäisi systemaattisesti ohjata, kehittää ja perustella että siitä tulisi ihan yleinen toimintatapa.”*

Tiedon jakamisessa koettiin olevan ongelmaa. Työyhteisöissä ja työyhteisöjen välillä koettiin avoimen keskustelun puuttuvan esimerkiksi kokemuksellisesta tiedosta ja lääkkeitömistä

menetelmistä. Keskustelemattomuus ja tiedon itsellä pitäminen puolestaan estävät arvokkaan hiljaisen tiedon siirtymisen kollegalta toiselle. Hiljaisella tiedolla tarkoitetaan tietoa, jota ei voi sanoittaa, eikä sen olemassa olosta olla välttämättä edes tietoisia. Hiljainen tieto koostuu kokemuksen tuomasta intuitiosta, näppituntumasta ja aavistuksista. Tällaista tietoa on ihan jokaisessa työyhteisöissä jokaisen työntekijän hallussa runsaasti. Hiljaisen tiedon siirtymiseen organisaation sisällä vaikuttaa paljon myös organisaation kulttuuri. Läpinäkyvyyteen, kommunikaatioon ja yhteiseen tekemiseen kannustava toimintakulttuuri on välttämätöntä, jos halutaan saada hiljainen tieto siirtymään kollegalta toiselle. (Eklund 2018, 154, 156.)

### 5.2.3 Kivun kirjaamisen ja hoito-ohjeiden kehittäminen

**Kirjaamisen** kehittäminen koettiin tärkeäksi asiaksi. Kirjaamisen tiedettiin olevan riittämätöntä sekä kivunarvioinnin että -hoidon suhteen. Hoitajien tiedossa oli, että kivusta ylipäättään kirjataan puutteellisesti. Hoitajien olivat huomioineet, että kivunhoidon vasteesta olisi hyvä kirjata, mutta sitä ei tule tehtyä.

*“VAS merkitään riittämättömästi ESKO: on, lääkkeen vaikutusta vaikea arvioida, ellei kipulääkkeen vaikutusta ole merkattu, siis merkintä ennen ja jälkeen lääkkeen annon.”*

Aiemmissa tutkimuksissa (Lehtonen ym. 2010; Niemi-Murola ym. 2011, viitattu 4.11.2019; Grommi 2015, Heikkilä 2017; Pölkki 2017) havaittiin puutteita kivun hoitotyön ja mittaamisen kirjaamisessa. Grommin mukaan kirjausten perusteella kipua ei arvioitu validoiduilla mittareilla levossa ja liikkeessä käytännössä lainkaan ja potilaista vain 20 % sai ohjausta kivunhoidosta. Myös kivun hoitotyön kirjaaminen oli kokonaisuudessaan puutteellista ja epäsystemaattista. (Grommi 2015, 33.) Heikkilä puolestaan totesi, että leikkauksen jälkeisen kivun kirjaamisen laatu ei vastaa hyväksyttyjä standardeja. Hän kuvaisi kirjaamisen olevan heikkoa, jolloin hoidon jatkuvuus vaarantuu eikä kommunikaatio ammattilaisten välillä ei toimi riittävällä tavalla. Myös potilasohjauksen kirjaaminen oli laadultaan ala-arvoista. Hän arveli, että kiire ja resurssipula aiheuttavat sen, että hoitajat priorisoivat töitään ja jättävät kirjaamisen puolitiehen, koska se ei ole pakollista. (Heikkilä 2017, 35-36.) Pölkin (2017, 8) mukaan potilasasiakirjoihin kirjattiin kyllä havainnointeja lapsen käyttäytymisestä, yleisvoinnista sekä kipulääkityksestä ilman niiden liittämistä kivunarvointiin. Rask puolestaan havaitsi tutkimuksessaan, että hoitajat kertoivat käyttävänsä laajasti, yli 40 erilaista hoitotyön auttamismenetelmää, mutta niistä kirjattiin vain

kahdesta eli 5 %: sta (Rask 2003, 16). Kivunhoidon ja hoidon vaikuttavuuden kirjaaminen todettiin puutteelliseksi myös Lehtosen, ym. (2003, 54) kirjallisuuskatsauksessa.

Myös lääkärit saivat moitteita tutkimukseen osallistuneilta kirjaamisesta, koska he eivät kirjaa määräyksiään kivunhoidosta automaattisesti, vaan ne pitää yleensä erikseen pyytää tai hoitaja joutuu sen lääkärin puolesta kirjaamaan. Kuitenkin hoitotyön suosituksen mukaan lääkäri vastaa kivun lääkehoidon määräyksestä, josta tulisi käydä ilmi lääkkeen määrä, antoajankohta ja antoreitti. Sairaanhoitajan rooli on toteuttaa lääkemääräys. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, viitattu 1.6.2019.)

*“Ohjeet lääkäreiltä pitää yleensä kysyä, eivät laita ohjeita automaattisesti”*

**Kivunhoito-ohjeiden kehittäminen** koettiin tärkeäksi asiaksi. Hoito-ohjeiden koettiin olevan puutteellisia niin potilaille, henkilökunnalle kuin omaisille. Kirjallisia ohjeita kaivattiin esimerkiksi lääkkeettömistä menetelmistä, rentoutuksesta, synnytyksen jälkeisistä kivunhoidosta. Aineiston mukaan ohjaus oli yksi haastava hoitotyön osa-alue taitamattomuuden ja rajallisten resurssien vuoksi. Hoito-ohjeiden ollessa puutteelliset on ohjaus varmasti haastavaa. Kuitenkin hyvä ohjaus on tärkeää, koska se vähentää kipuun liittyvää pelkoa ja ahdistusta sekä parantaa laatua kivunhoidossa. Laadukas ohjaus lisää myös asiakkaan tyytyväisyyttä kivunhoitoon, parantaa sitoutumista hoitoon sekä edistää potilaan paranemista. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, viitattu 1.6.2019.)

#### **5.2.4 Kivunarviointiin ja -hoitoon laatua ja yhtenäisyyttä**

Kivunarviointiin ja -hoitoon kaivattiin laatua ja yhtenäisyyttä. Hoitohenkilöstö ehdotti, että kivunarviointi otettaisi mukaan jokapäiväiseen hoitotyöhön. Kivunarvioinnin tulisi olla jokaisen hoitajan tiedossa oleva asia. Henkilöstö arveli, että kivunarviointiin tarvittaisi motivointia, jotta siitä tulisi systemaattista ja automaattista. Esimerkiksi VAS-mittarin merkitys ja sen vähäinen käyttö tiedostettiin. Kipumittareiden käyttöä tulisi siis lisätä. Hoitajat tiedostivat sen, että kipua tulisi arvioida kipulääkkeen tai kivunlievityksen jälkeen, jotta pystyttäisi arvioimaan myös hoidon vaikuttavuutta.

Eräänä kivunhoidon osaamista heikentävänä osatekijänä ajateltiin olevan työnkierron vähäisyys, joka heikentää sairaanhoidollisia taitoja. Yhtenäisten hoitokäytänteiden kehittäminen vaatisi

nykyhetken kartoittamista sekä kehittämistarpeiden tunnistamista. Lisäksi tulisi tietää, millaista uutta tietoa tarvitaan ja mitä tiedoista tulee päivittää. Yhtenäisten käytänteiden tulisi perustua ensisijaisesti olemassa olevaan tutkimusnäyttöön ja toissijaisesti asiantuntijoiden konsensukseen ja hyviksi havaittuihin käytäntöihin. (Korhonen ym. 2018, 71, 73.)

Hoitajien kokemuksen mukaan kivunhoito on tällä hetkellä puutteellista. Esimerkiksi poliklinikalla on käytössä vain suun kautta otettavat lääkkeet, joilla saadaan kivunhoidossa hitaammin vaste. Myöskään osastot eivät huomioi automaattisesti ennen toimenpiteitä kivunlievitystä. Moitteita sai myös palliatiivinen kivunhoito.

*”Jos tehdään osastolla potilaalle tutkimuksia, niin toivoisin, että kivunhoito huomioi-  
daan ennen toimenpidettä. Osastolla saatetaan tehdä kivuliaita toimenpiteitä, mikä  
aiheuttaa turhaa kärsimystä potilaalle esimerkiksi syöpäpotilaille.”*

Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien kokemuksen mukaan potilaiden kipua voidaan jopa alihoitetaan, kivunhoidon ollessa riittämätöntä. Kivunhoidon kuvattiin olevan myös liian varovaista lääkkeen aiheuttamien sivuvaikutusten pelossa. Hoitajien kokemuksen mukaan kaikki eivät uskalla hoitaa kipua, vaan kovaankin kipuun annetaan liian vähän lääkettä. Kipua arveltiin hoidettavan riittämättömästi osittain taitamattomuuden ja osaamattomuuden vuoksi. Aineiston mukaan johdonmukaisuus ja rohkeus puuttuvat kivunhoidosta.

*”Valitettavasti kipua hoidetaan joskus liian varovasti, pelätään lääkkeitä ja sivuvai-  
kutuksia.”*

Hoitajat kokivat kaipaavansa yhtenäistä tietoa ja toimintatapoja kivusta, kivunhoidosta, sen merkityksestä ja kivunarvioinnista kaivattiin. Hoitajilla oli tiedossa, että kivunarviointi on riittämätöntä. Kokemuksen mukaan kipua ei arvioida säännönmukaisesti, ei systemaattisesti eikä varsinkaan automaattisesti. Kehittämisehdotuksena olikin kivunarvioinnin ja kipumittarin ottaminen käyttöön jokapäiväiseen hoitotyöhön jokaiselle hoitajalle. Hoitotyön suosituksen mukaan potilaalta tulee kysyä kivun voimakkuutta potilaan arvioimana hänen valitsemallaan kipumittarilla. Kipua arvioitaessa tulisi kartoittaa myös kivun laatu ja sijainti. Kipua tulee arvioida sekä säännöllisesti että tarvittaessa. Valitusta mittarista ja arvioidusta kivusta tulee olla kirjaukset potilaan papereissa. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, 1.6.2019.) Aineiston mukaan hoitajat arvelivat, että mikäli kivunarvioinnissa olisi yhtenäiset toimintatavat, kipua arvioitaisiin nykyistä enemmän. Tällä hetkellä tilanne on se, että toiset arvioivat

kipua ja toiset eivät. Hoitajat pohtivat myös sitä, miten voidaan arvioida kipulääkkeen vastetta, jos ei arvioida kipua ennen ja jälkeen lääkkeen oton. Myös aiemmissa tutkimuksissa (Heikkilä 2017; Formisto 2017; Pätäri 2014) yhtenäisten hoitokäytänteiden ja ohjeiden ajateltiin parantavan kivunarviointia ja -hoitoa.

*”Kipua ei arvioida systemaattisesti esim. VAS-asteikkoa voisi käyttää enemmän, jotta jokainen hoitaja voisi arvioida kipua samalla tavalla. Nyt vaihtelua hoitajien välillä on varmasti liikaa.”*

Myös vastasyntyneiden kivunarviointiin ja -hoitoon toivottiin kehittämistä. Erityisesti vastasyntyneen näytteenottotilanteet ja kipeiden vauvojen hoitoon kaivattiin kehittämistä. Tällä hetkellä vieri-hoito-osastolla ei ole kipumittareita vastasyntyneiden kohdalla käytössä. Kliininen hoitotyön asiantuntija Tarja Pölkki toteaa, että kipua tuottavat, toistuvat toimenpiteet ovat erityisesti ennenaikaisesti syntyneille ja vastasyntyneille haitallisia epäkypsän keskushermoston vuoksi. Niistä voi jäädä elinikäinen jälki lapsen mieleen ja kipujärjestelmään. (Kilponen 2018, viitattu 29.05.2019.)

### **5.2.5 Lääkkeettömien menetelmien kehittäminen**

Lääkkeettömien menetelmien kehittämistä ja lisäämistä ehdotettiin. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat tiedostivat, että lääkkeettömiä vaihtoehtoja käytetään liian vähän. Niiden käyttöä toivottiin enemmän ja monipuolisemmin lähes kaikilla asiakasryhmillä lääkkeellisten vaihtoehtojen rinnalle. Lääkkeettömistä vaihtoehtoista voisi tehdä systemaattisia ”rutiineja” henkilöstön ehdotuksen mukaan. Osa hoitajista koki, että ihan perusasiat lääkkeettömissä vaihtoehtoissa tiedetään kuten asentohoito, mutta ne unohdetaan monesti. Myöskään lääkkeettömien vaihtoehtojen toteuttamiseen ei ollut tarvittavia välineitä ja laitteita jokaisessa yksikössä aina saatavilla, esimerkiksi TENS-laitteen iholle asetettavia elektrodeja. Alaranta totesi tutkimuksessaan, että musiikin kuuntelu vähentää koetun kivun voimakkuutta sekä kipulääkkeen kulutusta leikkausten jälkeen. Musiikin kuuntelu vähentää myös potilaan masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja sekavuutta. Alarannan mukaan toimenpiteen jälkeinen toipuminen oli nopeampaa potilailla, jotka kuuntelivat musiikkia toimenpiteen jälkeen. (Alaranta 2014,1.) Myös Käypä hoito -suositus suosittaa käyttämään lääkkeettömiä vaihtoehtoja aina, kun se on mahdollista (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017, viitattu 10.9.2019). Myös Axelinkin havaitsi tutkimuksessaan, että esimerkiksi



vanhempien käsikapalo on suositeltavampi lyhyen toimenpide kivunlievittäjä, kuin sokeri tai lääke, kun turvallisuus näkökohta otetaan huomioon (Axelin 2010, viitattu 23.9.2019).

Hoitajat kokivat huonona asiana sen, että lääkärit käyttävät vain lääkkeellisiä vaihtoehtoja. Hoitajat toivoivat, että myös lääkärit perehtyisivät lääkkeettömiin vaihtoehtoihin kivunlievityksessä. Yhteistyössä hoitajat ja lääkärit voisivat kehittää lääkkeettömiä menetelmiä lääkkeellisten vaihtoehtojen rinnalle. Potilaat luottavat yleensä paremmin lääkärin kuin hoitajan sanomiseen. Hoitajat toivoivat, että lääkärit voisivat markkinoida potilaita kokeilemaan myös lääkkeettömiä vaihtoehtoja.

### 5.2.6 Kehittäminen koulutuksen avulla

Tutkimukseen osallistuneiden hoitajat arvelivat, että kivunarviointia ja -hoitoa pystyttäisiin kehittämään koulutuksen avulla. Koulutusta toivottiin sekä lääkkeettömistä että lääkkeellisistä vaihtoehtoista, kivunarvioinnista ja -hoidosta. Hoitajat kokivat myös, että kipukoulutukseen pääsee harvoin, joten niihin pääsyä toivottiin säännöllisemmin. Koulutusta kaivattiin muun muassa lääkkeettömistä menetelmistä, vyöhyketerapiasta, Gua-Sha: sta, Rebezoasta, kivunhoidosta, uusista lääkkeistä, vastasyntyneen kivunhoidosta, psykologiasta, jne. Hoitotyön suosituksen mukaan hoitohenkilökunnalle järjestettävä säännöllisen kivun hoitotyön koulutuksen myötä sairaanhoitajien asenteet muuttuvat hyvää kivunhoitoa tukeviksi ja he kiinnittävät enemmän huomiota potilaan kipuun (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, viitattu 1.6.2019).

*“Vyöhyketerapiakoulutusta henkilökunnalle ohjattuna potilastyössä eikä pelkästään vaan luentona. Työnantajan kustantamana joissakin Etelä-Suomen synnytyssairaaloidissa tämä jo toteutuu.”*

Myös kivunarvioinnin ajateltiin kehittyvän koulutuksen avulla. Koulutusta ja ohjausta kaivattiin kivunarvioinnista ja kipumittareiden käytöstä sekä vastasyntyneen kivunarvioinnista. Heikkilän mukaan kivunhoidon laatu on riippuvainen hoitajien tiedoista, taidoista ja asenteista. Siksi onkin tärkeää, että hoitajilla on mahdollisuus jatkuvaan koulutukseen. (Heikkilä 2017, 35-36.)

### **5.3 Yhteenveto hoitajien kokemuksista kivunarvioinnista ja -hoidosta sekä niiden kehittämisestä**

Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien mukaan kivunarvioinnissa suurimmaksi ongelmaksi nousi se, että kipua ei arvioida systemaattisesti eikä siihen ole yhteistä toimintamallia. Kyselyyn vastanneet arvioivat kokemukseensa perustuen, että kivunarvionnin ja -mittareiden käytön olevan vähäistä, koska potilaan kokemaa kipua ei osata arvioida oikein. Myöskään kaikissa yksiköissä kipumittareita ei ollut saatavilla. Osa hoitajista koki kipumittarit ristiriitaiseksi potilaan ulkoisen olemuksen ollessa ristiävä suhteessa potilaan antamaan arvoon mittarilla. Lisäksi epäiltiin potilaan kykyä arvioida kipua. Koettiin, että kivunarviointiin tulisi motivoida niin hoitajia, lääkäreitä kuin potilaita. Vastasyntyneiden kivunarviointi oli yksi osa-alue, joka vaatii myös kehittämistä. Tällä hetkellä kipumittarit eivät ole käytössä vastasyntyneiden hoidossa vierihoido-osastolla.

Hoitaessaan potilaiden kipua hoitohenkilökunta koki erityisen haastaviksi tietyt asiakasryhmät, kuten lääkeriippuvaiset asiakkaat, krooniset kipupotilaat, potilaat, joilla on kommunikaatio-ongelmia. Ylipäätään kivunhoito koettiin haasteelliseksi hoitotyön osa-alueeksi, ja oma tieto- ja taitotaso oli kokemusten mukaan ajoittain riittämättömäksi. Tietämättömyys kivunhoidon suhteen voi johtaa liian varovaiseen kivunhoitoon ja ajoittain jopa kivun alihoitamiseen.

Ajoittain myös henkilöstöressurit ovat riittämättömät. Riittämättömien henkilöstöressurssien vuoksi potilaan ja omaisen ohjaamiseen ja keskusteluun ei jää aikaa. Tämän vuoksi erittäin kipeään tai sairaan potilaan kohtaaminen voi jäädä pinnalliseksi ja ohjaus olemattomaksi. Potilaan ohjaaminen koettiin myös haastavaksi asiaksi. Asiaa ei paranna se, että kirjalliset hoito-ohjeet sekä hoitohenkilöstölle, potilaille ja omaiselle koettiin puutteellisiksi.

Moniammatillista yhteistyötä kaivattiin enemmän ja sitä toivottiin kehitettävän. Yhteistyö erityisesti lääkäreiden ja laboratoriohoitajien kanssa koettiin ajoittain huonoksi. Lääkäreiden määräysten kirjaaminen ja vastuunkannon puute kivunhoidon onnistumisesta koettiin ongelmalliseksi. Laboratoriohoitajien kanssa yhteistyö koettiin toimimattomaksi tai lähes olemattomaksi Yhteistyötä toivottiin enemmän avosektorin ja muiden yksiköiden sekä erityisosaajien kanssa. Hoitajien asenteessa oli myös parantamisen varaa. Kollegiaalisuuden puute vaivaa siten, että tietoa ja kokemuksia ei jaeta toisille automaattisesti. Suhtautumista lääkkeettömien vaihtoehtojen käytön suhteen voitaisiin myös parantaa.

Hoitajat kokivat, että tärkeimmät kehitettävät asiat kivunhoidon suhteen olivat moniammatillinen yhteistyö, suhtautuminen potilaan kipuun ja lääkkeettömiin menetelmiin, kirjaaminen, hoito-ohjeet sekä laatu kivunhoidossa. Myös yhtenäisten käytäntöjen tiedostettiin puuttuvan yksikön sisällä ja eri yksiköiden välillä. Kivunhoitoon toivottiin lisää laatua kehittämällä kirjaamista, hoito-ohjeita sekä yhtenäistämällä hoitoa. Lääkkeettömien vaihtoehtojen lisäämisen ja käytön kehittämisen arveltiin myös lisäävän laatua kivunhoidossa. Taito- ja tietotaso koettiin puutteelliseksi niin kivunarvioinnissa kuin -hoidossa. Taitojen arveltiin parantuvan kivunarvioinnin ja -hoidon koulutuksen myötä.

## 6 KEHITTÄMISTYÖ

Tutkimuksellinen kehittämistyö lähtee organisaation tarpeesta kehittää tai halusta uudistaa toimintaa. Kehittämistyön tavoitteena voi olla muutos, jolla tavoitellaan uusia ja parempia vaihtoehtoja hoitotyön laadun kehittämiseen. (Toikko & Rantanen, 2009, 16, 19.)

### 6.1 Kehittämistyön tavoite, aineiston kerääminen ja analysointi

#### Kehittämistyön tavoite

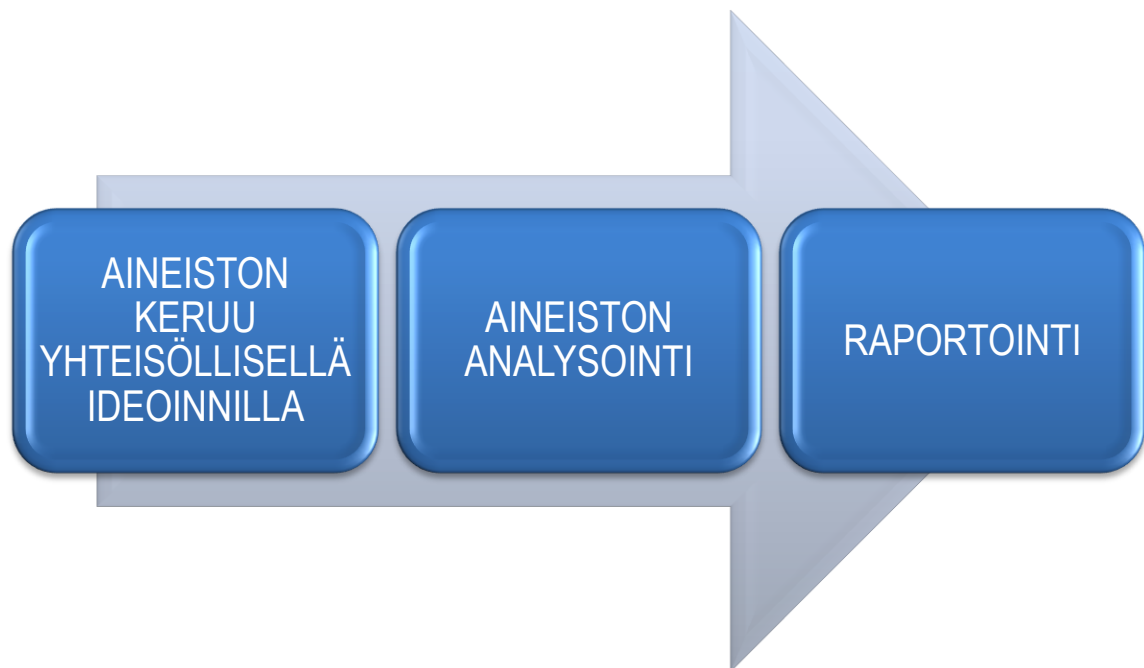
Kehittämistyön tavoitteena oli tuottaa tietoa potilaan kivunarvioinnin ja -hoidon yhtenäisen toimintamallin kehittämiseksi Lasten ja naisten tulosalueella henkilökuntakyselyn aineistosta nousseiden aiheiden pohjalta. Työskentelyssä hyödynnettiin yhteisöllisiä ideointimenetelmiä. Ideointivaiheen toteutettiin Lasten ja naisten tulosalueen kipuyhdyshenkilöiden kanssa. Moniammatillisissa ryhmissä keskusteltaessa ajatukset saavat usein syvyyttä ja uusia näkökulmia. Aiempien tutkimusten (Kivesvaara ym. 2006; Pätäri 2014; Heikkilä 2017; Formisto 2017) mukaan kivunarvioinnin ja -hoidon on havaittu olevan puutteellista, joten molempien kehittäminen on tärkeää.

Ideointivaiheeseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja osallistujilta pyydettiin molemmilla kerroilla kirjalliset suostumukset (Liite 1. ja 2.), jotka ovat opinnäytetyön liitteinä. Ideointiryhmä työskenteli kaksi kertaa, koska ensimmäisen kerran ideoinnin tuotos jäi niukaksi vähäisen osallistujamäärän vuoksi. Perehdyin etukäteen yhteisöllisiin kehittämismenetelmiin ja valmistin alustuksen ryhmäläisille, jotta ryhmän toiminta olisi mahdollisimman sujuvaa.

#### Aineiston kerääminen

Kehittämistyön aineisto kerättiin hoitajien ideoimista ajatuksista ja kehittämisehdotuksista, jotka sain ideointihetken työskentelyn tuloksena. Kutsukirje ja tiedote ideointihetkeen lähetettiin sähköpostin välityksellä kipuyhdyshenkilöille. Kutsukirje on liitetty liitteisiin (Liite 3). Ensimmäisellä kerralla 15.5.2019 ideoimme Learning cafe- menetelmää hyväksi käyttäen. Oppimiskahvila on yhteistoiminnallinen ideointimenetelmä, jossa keskustellaan ja ideoidaan ongelmanratkaisua valittujen teemojen pohjalta (Ojasalo ym. 2014, 162). Tuolloin paikalla oli 10 hoitajaa, joista osa koulutukseltaan kättilöitä ja osa sairaanhoitajia. Ryhmän vetovastuu oli minulla ja TT M-opiskelijalla,

joka suoritti koulutukseensa liittyvää työharjoittelua KKYT-hankkeessa. Myös kipuhankkeessa työskentelevä työntekijä ja kipuhankkeen vastaava tutkija olivat paikalla.



*KUVIO 3. Kehittämistyön prosessi*

Ideointihetki aloitettiin kipuhankkeen vastaavan tutkijan alustuksella kipuhankkeen tämän hetkisestä tilanteesta. Alustuksen jälkeen jatkettiin kertomalla hoitohenkilökunnan kyselynaineiston analysoiduista tuloksista. Tulokset kerrottiin erikseen Lasten ja Naisten tulosalueiden osalta, koska minä olin analysoinut Naisten tulosalueen- ja KKYT: hankkeen opiskelija Lasten tulosalueen avoimien vastauksien aineiston. Vaikka Lasten ja naisten tulosalueella potilasryhmät ovat hyvin erilaiset, olivat analysoitujen aineistojen tulokset hyvin samankaltaiset. Myös learning cafe: n ideoinnin tavoitteesta, tarkoituksesta ja metodista kerrottiin ideointiryhmäläisille. Sen jälkeen osallistujat jaettiin teemoittain pöytäkuntiin, joissa jokaisessa ryhmässä käsiteltiin samaa teemaa eri näkökulmasta ja ideoita kehiteltiin käsiteltävästä aiheesta. Teemat olivat: 1) Haasteet kipua kokevan potilaan tai hänen läheistensä kohtaamisessa, 2) Kivunarvioinnin kehittämistarpeet ja ongelmat sekä parannusehdotukset sekä 3) Kivunhoidon kehittämistarpeet ja ongelmat sekä parannusehdotukset.

Ryhmiä ideointihetket kestivät 15-20 minuuttia, riippuen siitä, miten ryhmässä syntyi keskustelua ja ideointia. Ideat ryhmän sisältä valittu kirjuri kirjasi post-it lapuille ja liimasi ne isolle kartongille.

Ideointihetken jälkeen ryhmäläiset vaihdettiin seuraavaan pöytäryhmään, lukuun ottamatta kirjuria, joka jäi paikalleen. Uuden ryhmän saavuttua pöydän ympärille, kirjuri tiivisti ensin edellisen ryhmän keskustelun ja ideoinnin, jonka jälkeen ryhmässä jatkettiin ideointia. Ryhmäläiset kierrätettiin vuorotellen jokaisessa pöytäryhmässä, joten jokaisesta teemasta saatiin lyhyessä ajassa paljon erilaisia ideoita ja näkökulmia kivunarvioinnin ja -hoidon kehittämiseksi. (Haukijärvi, Kangas, Knuutila, Leino-Richter & Teirasvuori 2014, 37-38; Ojasalo, ym. 2014, 162; Savolainen & Blomqvist 2016, viitattu 3.2.2019.) Ryhmäläiset luovat yhdessä työskennellessään yhteistä merkitystä käsiteltävän aihealueen ympärille. Ryhmässä työskentelyllä lisätään myös ratkaisuihin sitoutumista. (Ojasalo ym. 2014. 44, 160-163.) Ryhmän työskentelyyn käytettiin aikaa suunnitellut kaksi tuntia.



*KUVA 1. Learning café - ideointi*

Ryhmäläisiä oli paikalla mielestäni harmillisen vähän, koska osastokokouksia ja koulutuksia oli samana ajankohtana. Ryhmän tuotos puhtaaksikirjoitettuna oli 4 sivua Word tiedostoa kirjoitettuna Ariel Narrow kirjaisiin tyypillä kirjaimen ollessa pistekokoa 12. Ryhmän tuotos kehittämistyön kannalta oli niukka, joten päätimme järjestää uuden ideointikerran. Niukasta tuotoksesta huolimatta

tunnelma oli ideointihetkellä vapautunut ja keskustelua annetuista teemoista heräsi ja ajatuksia vaihdettiin.

Ennen toista ideointihetkeä kipuyhdyshenkilöille tehtiin tiedotteet uudesta tapaamisesta. Tiedotteen mukana lähetettiin kehitettävät teemat etukäteen, joiden mukaan asiaa pystyi prosessoimaan itsekseen tai toisten kipuyhdyshenkilöiden kanssa omassa työyksikössään jo ennen varsinaista tapaamista. Tiedote ja kutsu lähetettiin kipuyhdyshenkilöille sähköpostin välityksellä (Liite 4). Teemoja oli kolme. Teemat 1) Haasteet kipua kokevan potilaan, hänen vanhempinsa/läheisensä kohtaamisessa. Miten potilas/vanhempi/läheinen voitaisiin työyksikössä ottaa huomioon kivunhoidossa. Teema 2) Kivunarvioinnin kehittämistarpeet ja ongelmat sekä parannusehdotukset. Miten tämä voitaisiin ratkaista käytännössä. Teema 3) Kivunhoidon kehittämistarpeet ja ongelmat sekä parannusehdotukset.

Toinen ideointihetki toteutettiin 18.6.2019. Tuolloin paikalle saapui 15 ideoijaa, jotka olivat ammattiryhmiltään kättilöitä, sairaanhoitajia, klinisen työn asiantuntija, apulaisosastonhoitajia sekä kipuhankkeen työntekijä ja kipuhankkeen vastaava tutkija. Kaikki ryhmäläiset olivat kipuyhdyshenkilöitä tai muuten tekemisissä KKYT-hankkeen kanssa. Minulla oli päävastuu ryhmän vetämisestä, mutta KKYT-hankkeen työntekijä ja -vastaava tutkija osallistuivat myös ajoittain ryhmän vetämiseen. Osa kipuyhdyshenkilöistä toi etukäteen työyksikössä prosessoituja ajatuksia ja ideoita kirjattuna minulle. Osa lähetti niitä minulle sähköpostiin, koska eivät päässeet tulemaan paikalle.

Yhteisöllisiä ideointimenetelmiä on useita ja niitä on alettu käyttää yrityksien kehittämistyössä yhä enemmän. Niille on tyypillistä se, että joukko ihmisiä luo yhdessä uusia ajatuksia luovuutta tukevilla menetelmillä. (Ojasalo ym. 2015,160.) Toisella kerralla käytimme ideointimenetelmänä aivoriihi työpajaa. Siinä ilmaistaan ajatuksia ja tuotetaan ideoita ryhmässä. (Haukijärvi ym. 2014, 18-19; Ojasalo, ym. 2015, 160.) Ideointi aloitettiin kertomalla kipuhankkeen tämän hetkinen tilanne, hoitohenkilökunnan aineiston analysoiduista tutkimustuloksista, ideoinnin tavoitteista ja työskentelymetodista. Ideointi oli vapaamuotoista keskustelua, jossa keskustelimme aiemmin annettujen teemojen mukaan. Minä vetäjänä alustin kunkin teeman, joista keskustelimme. Kirjasin ajatukset ja ideat ylös. Mikäli ideat teemasta alkoivat loppua, saatoin vauhdittaa keskustelua esittämällä lisäkysymyksillä. Keskustelu oli pääsääntöisesti vilkasta, välillä ideoita tuli runsaammin ja välillä niukemmin. (Ojasalo ym. 2015, 44-45, 160-161.) Lähes kaikki ryhmäläiset osallistuivat keskusteluun, osa aktiivisemmin osa passiivisemmin. Ideoinnin päätteeksi ryhmäläiset priorisoivat,

mitkä kehitettävistä asioista olivat tärkeimmät. Ideointiin käytettiin myös tällä kertaa aikaa suunnitellut kaksi tuntia.

### **Aineisto analysointi**

Kirjoitin ideointiryhmän aikaansaamat tulokset heti ideoinnin jälkeen puhtaaksi koneelle, jotta asiat olisivat mahdollisimman tarkasti muistissa. Tuotos kehittämistyön ideoinnista oli 9 sivua Word tiedostoa kirjoitettuna Ariel Narrow kirjasin tyypillä kirjaimen ollessa pistekokoa 12. Tuloksia analysoin jo aiemmin tutkimuksessa käyttämäni sisällönanalyysiä. Jotta saisin aineistosta kokonaiskuvan, luin aineistoa useita kertoja läpi ennen varsinaisen analyysin aloittamista.

Kehittämistyön teemoina olivat yhteistyön-, kivunhoidon- ja kivunarvioinnin kehittäminen. Nämä teemat muodostivat aineiston analysoinnissa analyysirungon, jonka pohjalta luokittelin aineiston. Aineiston luokittelussa hyödynsin jälleen värikoodeja. Samaa kuvaavat asiat ryhmittelin ja yhdistin alaluokiksi ja nimesin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Alaluokkien muodostamisen jälkeen jatkoin aineiston analysoimista kokoamalla samanlaisia alaluokkia yhteen, joista puolestaan muodostuivat yläluokat. Yläluokat nimesin alaluokista syntyneistä käsitteistä. Ojasalo ym. 2014, 140.) Yläluokkien määrittämisen jälkeen jatkoin aineiston käsitteellistämistä ja nimesin yhdistävän luokan yläluokille (Kylmä & Juvakka 2007, 116–118; Tuomi & Sarajärvi 2018, 129).

## **6.2 Kehittämistyön tulokset**

Aineiston pelkistetyistä ilmauksista muodostetuista sisällönanalyysin alaluokista tulivat: **yhteistyön lisääminen oman ja muiden yksiköiden välillä, yhteistyö lääkäreiden kanssa, yhteistyö potilaan kanssa, yhteistyö omaisen/läheisen kanssa, kivunarvioinnin lisääminen, kivunarvioinnin kirjaamisen kehittäminen, kivunhoitoon lisää laatua, hoitohenkilöstölle mahdollisuudet työssä onnistumiseen, kivunhoidon kirjaamisen kehittäminen, lääkkeettömien menetelmien lisääminen, koulutus ja koulutuksen sisältö.** Yläluokat nimesin seuraavasti: **yhteistyön kehittäminen, kivunarvioinnin kehittäminen, kivunhoidon kehittäminen ja koulutuksen avulla kehittäminen.** Yhdistävän luokan nimen johdin tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimuskysymyksistä ja sen nimesin **kivunarvioinnin ja -hoidon kehittäminen.**



TAULUKKO 2. Kivunarvioinnin ja -hoidon kehittäminen

YHDISTÄVÄ LUOKKA		
Kivunarvioinnin ja -hoidon kehittäminen		
PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Kivunarvioinnin ohjaus avosektorilla	Yhteistyön lisääminen oman ja muiden yksiköiden välillä	Yhteistyön kehittäminen
Hoitoprosessin muuttaminen		
Yhteistyötä keskustellen ja suunnitellen		
Toisten hoitajien/yksiköiden konsultointi		
Yhtenäiset toimintatavat lääkäreille	Yhteistyö lääkäreiden kanssa	
Lääkäreiltä selkeät määräykset kivunlievitykseen		
Potilaan ohjauksen lisääminen	Yhteistyö potilaan kanssa	
Potilaan mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun		
Omaisen ohjauksen lisääminen	Yhteistyö omaisen/läheisen kanssa	
Omaisen mukaan ottaminen hoitoon		
Luottamuksellisen suhteen luominen perheeseen/ omaisiin		
Omaisten/vanhempien henkisen jaksamisen tukeminen		
Kipumittarin käytön lisääminen	Kivunarvioinnin lisääminen	Kivunarvioinnin kehittäminen
Enemmän seurantaa		
Luodaan yhteinen toimintamalli		
Kivunmittaamisen apuvälineitä		
Kipumittarit kaikkien saataville		
Kivunarvioinnista moniammatillista		
Kokonaisvaltaisuus kivunarvioinnissa		
Kivunarvioinnille oma paikka kirjaamis pohjassa	Kivunarvioinnin kirjaamisen kehittäminen	
Kivunarvioinnin kirjaamisen yhtenäistäminen		
Vas. kirjaaminen		
Kipulääkkeen vaikutuksen kirjaaminen		
Kivunhoidon kokonaisvaltaisuus	Kivunhoitoon lisää laatua	Kivunhoidon kehittäminen
Hoidon tavoitteeksi hyvä kokemus		
Mobiilisovellukset, netti, apit		
Tiedon jakaminen		
Henkilökunnan motivointi	Hoitohenkilöstölle mahdollisuudet työssä onnistumiseen	
Uusien työntekijöiden perehdytys		
Riittävät henkilöstöresurssit		
Kivunhoidon kirjaamisen yhtenäistäminen		
Huolellinen kirjaaminen takaa kivunhoidon onnistumisen		
Lääkkeettömiä menetelmiä	Lääkkeettömien menetelmien lisääminen	
Tehdään lääkkeettömät menetelmät tutuiksi		
Hoitajat tutustuvat itse lääkkeettömiin menetelmiin		
Säännölliset koulutukset		Koulutus
Sähköiset koulutus alustat		
Kipupotilaan kohtaamisen peruskoulutus	Koulutuksen sisältö	
Koulutusta lääkkeettömistä menetelmistä		
Lääkehoidon koulutus		
Kivunarvioinnista koulutusta		

### **6.2.1 Yhteistyön kehittäminen**

Kivunhoidon ja -arvioinnin kehittämisessä koettiin yhdeksi tärkeimmistä osa-alueiksi yhteistyön kehittäminen. Yhteistyö pitää sisällään ammatillisen yhteistyön oman yksikön sisällä ja ulkopuolella sekä muiden ammattiryhmien kanssa. Lisäksi yhteistyö koskee potilaan ja hänen omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä.

#### **Yhteistyön lisääminen oman ja muiden yksiköiden välillä**

Ideointiryhmän mielestä yhteistyötä oman osaston, eri yksiköiden, lääkäreiden ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa tulisi kehittää. Yhteistyötä toivottiin lisätä myös avosektorin kanssa siten, että kivunarvioinnin ohjattaisi ja otettaisi käyttöön jo lapsen käydessä neuvolassa. Mikäli kipumittari otettaisiin käyttöön jo neuvolakäynneillä, se olisi tuttu niin lapsipotilaille kuin hoitoon osallistuville vanhemmille. Avosektorin ammattihenkilöt voisivat ohjata ja käyttää kipumittaria myös aikuispotilaiden kanssa. Tällöin kipumittari olisi tuttu esimerkiksi leikkauspotilaalle sairaalaan tullessa. Myös hoitoprosessia ehdotettiin muutettavaksi, koska poliklinikalla vastaanottoaika on lyhyt, eikä sen aikana ehditä tehdä ja ohjata kaikkea potilaan hoidon kannalta keskeisiä asioita. Jatkoahoito tulisi jo ennalta suunnitella yhteistyössä avosektorin kanssa, esimerkiksi lapsipotilaiden kivunhoidossa jatkoahoito voisi olla kouluterveyden huollossa.

Eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä toivottiin myös kehitettävän. Ajateltiin, että kipupotilaan hoitoon liittyen työ tulisi tehdä keskustellen ja suunnitellen yhdessä. Tämä vaikuttaisi osaltaan siihen, että potilas saa kivunhoidon kannalta parhaan lopputuloksen. Näin pystyttäisi hyödyntämään myös eri alojen erityisosaamista ja hoidon tavoitteet olisivat yhdenmukaisia. Myös ongelmatilanteissa rakentava keskustelu olisi paras ja hoitoa tukeva vaihtoehto. Yhteistyötä ja yhteisöllisyyttä tulisi lisätä oman osaston, oman tulosalueen ja muiden tulosalueiden sisällä. Kokemattomampi hoitaja voi ongelmatilanteissa kääntyä toisen kokeneemman hoitajan puoleen tai konsultoida toista yksikköä. Kenenkään ei tarvitse osata ja hallita kaikkea, mutta kysymällä ja konsultoimalla opimme uutta. Näin voimme hyödyntää toisten ammattilaisten erityisosaamista. Ja tärkeintä on, että potilas saa hyvää ja asianmukaista hoitoa.

#### **Yhteistyö lääkäreiden kanssa**

Yhteistyö lääkäreiden kanssa on hyvin vaihtelevaa. Suurimmaksi ongelmaksi yhteistyössä koettiin, etteivät lääkäreiden toimintatavat kipupotilaita hoidettaessa eivät ole yhtenäiset eivätkä johdonmukaiset. Tällä hetkellä kipupotilaan hoidonlinjaukset ovat hyvin lääkärikohtaiset. Myös

kirjalliset määräykset ovat usein puutteelliset. Hoitajat toivoivat lääkäreiltä selkeitä, kirjallisia määräyksiä kirjaamisalustaan kivunlievityksestä. Lääkäreiden toivottiin merkitsevän kipulääkkeet lääkelistalle ja laittavan sinne maksimiannostukset sekä lääkkeille sopivat annostusvälit. Kaikissa yksiköissä, lähinnä La tulosalueella, ei ole lupa antaa kipulääkkeitä ilman lääkärin määräystä. Tämä koettiin myös ongelmaksi. Aikuispotilaiden kohdalla on lupa antaa yksikkökohtaisilla erillismääräyksillä kipulääkkeitä, potilaan perussairaudet huomioiden. Vastaanottaneelta tai osaston lääkäriltä toivottiin selkeitä määräyksiä lääkkeellisiin kivunlievityksiin virka-aikana, koska päivystysaikana ollaan usein pulassa kipupotilaiden kanssa päivystäjien jättäessä ottamatta kantaa kipupotilaan hoitoon. Haastavimmaksi kivunhoito koettiin kroonisten kipupotilaiden sekä lääkeriippuvaisten potilaiden kohdalla selkeiden määräyksien ja linjauksien puuttuessa kivunhoidon suhteen. Haastaville kipupotilaille toivottiin anestesia- tai kipulääkärin ohjeistuksia laadukkaaseen kivunhoitoon. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä keskeisiä asioita ovat hyvät tiimityötaidot ja laadukas, kaksisuuntainen keskusteluyhteys. Toistuvat yhteiset harjoitukset parantavat asennoitumista moniammatilliseen tiimitoimintaan sekä tiimin jäsenenä toimimisen taitoja. (Salminen-Tuomaala ym. 2018, 319.)

### **Yhteistyö potilaan ja omaisen kanssa**

Ideointiryhmässä ehdotettiin, että yhteistyötä potilaan ja omaisten kanssa olisi tärkeä kehittää ja lisätä. Potilailla on erilaisia rooleja terveydenhuollossa. Ne voivat vaihdella passiivisesta hoidon vastaanottajasta aktiiviseen yhteistyöhön. Potilaan osallistumiseen vaikuttavat niin henkilökohtaiset ominaisuudet kuin ammattilaisten antamat mahdollisuudet osallistua hoitoon. Jotta potilaat voivat olla aktiivisen osallistujan roolissa, tulee terveydenhuollon ammattilaisten nähdä heidät yhteistyökumppaneina myös palvelujen kehittämisessä. (Korhonen ym. 2018, 38.)

Suurin ongelma **yhteistyössä potilaan kanssa** oli kivunhoitoon liittyvä ohjaamisen puute. Niin suullista kuin kirjallista ohjausta antamalla potilaan ymmärrys kivunarvointia ja -hoitoa kohtaan lisääntyy. Potilaan terveystilanteeseen nähden normaalista kivusta kertominen potilaalle on tärkeää. Potilaan ohjausta olisi hyvä lisätä. Ohjaus on hyvä ajoittaa kipuun, kivunhoitoon ja -arvointiin ja lääkkeettömiin vaihtoehtoihin liittyen, jo ennen mahdollista toimenpidettä ja kipua. Ohjausta kivunarvointiin ja -hoitoon liittyvistä asioista on hyvä antaa myös potilasoppaiden muodossa. Potilaat tarvitsevat ohjausta myös lääkkeettömistä menetelmistä sekä niiden hyödyistä. Ohjauksen lisäksi on tärkeää, että potilas otetaan mukaan kivunhoidon suunnitteluun, jossa yhdessä suunnitellaan, mikä on hoidon tavoite ja mikä on potilaan oma tavoite. Avoin keskustelu

luo luottamusta ja turvaa. Hoitohenkilökunnan on osattava keskustella avoimesti potilaan kanssa myös vaikeista asioista kuten lääkeriippuvuudesta, peloista, jne.

**Yhteistyö omaisen tai läheisen kanssa** on tärkeä osa potilaan kivunarviointia ja -hoitoa, olipa kyseessä lapsi- tai aikuispoti-las. Myös omainen tarvitsee ohjausta lääkkeettömistä menetelmistä, kivunhoitoon liittyvistä asioista sekä kivunarvioinnista. Omaisen ymmärtäessä edellä mainitut asiat, hän voi olla potilaan tukena kivunhoidossa. Tärkeä olisi ajoittaa ohjaus ajoissa jo ennen kipua. Omaiselle, erityisesti lapsipotilaiden kohdalla, on tärkeä ohjata myös kivunarviointia. Kivesvaaran, ym. mukaan vanhempien arvion kuuleminen lapsipotilaiden kivusta oli melko vähäistä, vaikka vanhemmat yleensä ymmärtävät parhaiten omaa lastaan (Kivesvaara ym. 2006, 75). Omaiset tarvitsevat myös kirjallisia hoito-ohjeita, koska sairaalassa oleminen on usein stressaavaa ja osa suullisesta ohjauksesta ei jää mieleen. Syöpäpotilaista ja heidän läheisistään tehdyn kirjallisuuskatsauksen mukaan syöpäpotilaat läheisineen olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen, mutta toivoivat saavansa enemmän tietoa kivusta, kipulääkityksestä, lääkkeiden sivuvaikutuksista ja lääkkeettömistä vaihtoehdoista. Kivunhoidon toivottiin olevan yhtenäistä ja suunnitelmallista. (Pelto, Hökkä, Kajula & Kaakinen 2019, 22.)

Vanhempien osallistuminen vastasyntyneen lääkkeettömässä kivunlievityksessä on merkityksellistä, koska vastasyntynyt tuntee vanhempiensa äänet jo sikiöajalta. Vanhempien osallistumisen lääkkeettömään kivunhoitoon on todettu tehostavan kivunhoitoa ja vahvistavan vanhemmuuden tunnetta. (Terveyskylä 2019, viitattu 11.1.2019.) Aiemman tutkimuksen mukaan vanhemmat toivovat vastasyntyneiden kivunhoidon kehittämiseksi vanhempien ohjauksen kehittämistä, hoitokäytänteiden muuttamista, emotionaalisen tuen antamista, vanhempilähtöisyyden huomioimista sekä henkilökunnan asenteiden muuttamista. Hoitokäytänteitä tulisi muuttaa siten, että lapsen kivunarviointi olisi systemaattista ja säännöllistä sekä vanhemmille luotaisi mahdollisuus osallistua siihen. (Palomaa, ym. 2016, 4.)

Omaiset tarvitsevat hoitajalta selkeän roolin, ohjeet ja suunnitelman omaisensa tai läheisensä kivunhoidosta, jotka luovat turvaa niin potilaalle kuin omaisille. Näin omaiset pääsevät mukaan osaksi hoitoa. Aiemmin tehtyjen tutkimusten mukaan lapsipotilaiden vanhemmat toivoivat hoitohenkilökunnalta riittävästi ohjausta lapsensa kivunhoitoon liittyvissä asioissa sekä kannustusta ja rohkaisua löytämään oman roolinsa lapsensa kivunhoidossa (Pölkki ym. 2005, viitattu 22.10.2019; Palomaa ym.2016, 4).

Tärkeä on luoda luottamukselliset suhteet koko perheeseen ja pyrkiä perheen sisäisten positiivisten suhteiden tukemiseen, koska sillä on vaikutusta potilaan henkiseen hädän ja kivun kokemiseen sekä toimintakykyyn paranemiseen. Tärkeä on kuunnella vanhempia/omaisia, koska he osaavat tulkita potilaan voinnissa, eleissä tai käyttäytymisessä tapahtuvia muutoksia. Tämä korostuu erityisesti lapsipotilaiden kohdalla, varsinkin jos potilaan kognitiivinen kehitys ei ole normaali. Palomaan ym. (2016) mukaan vanhemmat toivovat systemaattista ja jatkuvaa kivunarviointia ja -hoitoa, johon haluaisivat mahdollisuuden osallistua. Myös omaisten henkistä jaksamista olisi hyvä tukea. Ahdistunut ja peloissaan oleva omainen voi saada kipupotilaankin ahdistumaan. Se tekee puolestaan hoitohenkilöstölle kivunarvioinnista ja -hoidosta haastavampaa. Rooli omaisena tai tukihenkilönä sairaalassa aiheuttaa toisille ihmisille ahdistusta. Myös omaiselle tulisi tarvittaessa järjestää keskusteluapua terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa.

## **6.2.2 Kivunarvioinnin kehittäminen**

Potilaan kivunarvioinnin kehittämisessä tärkeimmäksi asiaksi nostettiin esille kipumittarin käytön lisääminen. Kivunarvioinnin tullessa systemaattisesti mukaan päivittäiseen hoitotyöhön, se tulee tutuksi myös vanhemmille ja omaisille. Kivunarvioinnissa tulisi huomioida myös hoidon tehon vaikuttavuuden arviointi. Näiden myötä myös potilaan voinnin seurantaa tulisi enemmän kuin tällä hetkellä. Erityisesti pitkäaikaissairaille tulisi kipumittari ottaa käyttöön alusta asti, jolloin vanhemmat ja omaiset voisivat hyödyntää sen käyttöä myös kotona.

Jotta **kivunarviointi lisääntyisi** potilasta hoitavan henkilöstön keskuudessa, ideointiryhmässä ajateltiin, että tarvittaisiin yhteinen toimintamalli, jonka jokainen hoitoon osallistuva ottaisi jokapäiväiseen hoitotyöhön käyttöönsä. Myös aiemmissa tutkimuksissa hoitohenkilöstö on kaivannut tietoa ja yhtenäisiä hoitokäytänteitä kivunarviointiin (Pätäri 2014; Anderson, Bergman, Henoch, Wickström, Otterström-Rydberg, Simosson & Ahlberg 2016; Formisto 2017). Ideointiryhmässä tuotiin esille esimerkkinä lasten aikaisen varoituksen pisteytys järjestelmä eli PEWS-mittaus ja aikaisen varoituksen pisteytys järjestelmä eli NEWS-mittaus, josta mallia ottamalla voisi kehittää oman mallin kivunarviointiin. Kivunarvioinnista tulisi tehdä yhteiset pelisäännöt, joissa sovitaan, milloin ja missä tilanteissa rutiinisti kysytään kivusta. Ryhmä pohti, että kipua tulee arvioida (VAS) automaattisesti kaikilta, joille menee kipulääkettä. Kipua tulee ryhmän mukaan arvioida säännöllisesti esimerkiksi vähintään kerran työvuorossa (vrt. PEWS), vaikka potilaalla ei olekaan tarvetta kipulääkkeelle juuri sillä hetkellä. Hoitajien tulee kiinnittää

huomiota myös kivun voimakkuuteen, sijaintiin ja luonteeseen. Kivunarvioinnin tulee olla laaja-alaista, jossa hyödynnetään kipumittareiden lisäksi fysiologisia määreitä, kuten pulssitasoa, verenpainetta ja hengitysfrekvenssiä sekä potilaan käytöstä, kertomusta ja kokemusta. Kipua tulee arvioida myös annetun kivunhoidon jälkeen, jotta pystytään arvioimaan hoidon vaikuttavuutta.

Kaikkea ei tarvitse aina itse kehittää, vaan voidaan hyödyntää valmiita jo olemassa olevia apuvälineitä kivunarvioinnissa. Niitä löytyy jo tällä hetkelläkin useita esimerkiksi kansallinen kipukysely potilaalle ja omaiselle, kipupiiirros, Mc Gillin kipusanasto, Lintonin kipukysely, elämänlaatumittari. Kipumittareita ei ole kaikissa yksiköissä kaikkien saatavilla. Yksi tärkeä asia kivunarvioinnin lisäämisessä olisi hankkia kaikille oma kipumittari, joka on helposti saatavilla.

Kivunarvioinnin tulee koskettaa koko hoitohenkilöstöä, ei pelkästään sairaanhoitajia ja kättilöitä vaan myös esimerkiksi lääkäreitä ja fysioterapeutteja. Kivunarviointi on tällä hetkellä moniammatillista esimerkiksi lasten reumapoliklinikalla. Kivunarviointia tulee ajatella kokonaisvaltaisena asiana huomioiden potilaan henkilökohtaiset kokemukset ja niiden merkitys. Hoitohenkilökunnalla tulee olla ymmärrys potilaan taustoista ja niiden merkityksestä kipuun ja sen kokemiseen. Tämä kivun kokonaisvaltaisuuden huomiointi tuo haasteita kivunarviointiin.

**Kivunarvioinnin kirjaaminen** koettiin aineiston mukaan puutteelliseksi. Kaikki tiedostavat kirjaamisen olevan tärkeä osa hoitotyötä ja se kehittämisen tarve tiedostetaan. Kirjaamisalustaan toivottiin oma, yhteisesti sovittu kohta sekä yhtenäiset ja selkeät ohjeet kivunarvioinnin kirjaamiseen, jolloin kivunarvioinnin kirjaamista ei tule ohitettua. Yhteisesti tulee päättää, mitä on hyvä kirjata arvioitaessa potilaan kipua, VAS: n kirjaaminen pitää olla automaattista ja säännöllistä varsinkin ennen ja jälkeen kivun- tai lääkehoidon. Lääkkeen vaikutuksen kirjaaminen eli hoidon vaikuttavuuden kirjaaminen olisi myös tärkeää. Keskustelimme myös siitä, voisiko kirjaamispohjaan saada jonkin "hälytyksen", jos annat kipulääkettä, mutta et kirjaa VAS: ia, kone hälyttäisi äänellä tai tulisi jokin huomiomerkki näkyville.

### **6.2.3 Kivunhoidon kehittäminen**

#### **Kivunhoitoon lisää laatua**

Kivunhoidon kehittämiseksi olisi tärkeä, että potilaan kipu huomioitaisi kokonaisvaltaisena kokemuksena potilaan sairaushistoria huomioiden. Myös hoitajan omalla asenteella kipua kohtaan

on vaikutusta siihen, kuinka potilas kokee ja sietää kivun. Kaikkea kipua emme voi koskaan poistaa, mutta tavoitteena kivunhoidossa tulee olla mahdollisimman hyvä kokemus potilaalle kivusta huolimatta.

Ideointiryhmässä keskusteltiin myös mobiilisovellusten, netin ja erilaisten appien hyödyntämisestä potilaan kivunhoidossa. Play-kaupasta löytyy esimerkiksi useita kipupäiväkirjoja ja neuvoja, kuinka kipua voi lievittää sekä rentoutumisharjoituksia. Hoitohenkilöstö voi perehtyä näihin sovelluksiin ja ohjata potilasta tutustumaan kännykkään ladattaviin sovelluksiin tai internetissä tarjolla oleviin verkkopalveluihin. Internetistä löytyy monia verkkopalveluita, joita voi hyödyntää potilaan kivunhoidossa ja kivun itsehoidossa esimerkkinä Terveyskylä. Alkuperäisen henkilökunnan kyselyaineiston mukaan tällä hetkellä käytetään vähän internetin tarjoamaa tietoa potilaan tai hänen läheisensä ohjaamisessa. Hoitohenkilökunta kyselyn aineiston mukaan tällä hetkellä käytetään lähinnä lääketieto sivustoja, Googlea, Imetys.fi-sivustoa, Terveysporttia ja intranetiä. Tietoa on tarjolla verkossa paljon, monipuolisesti ja laadukkaasti, joten niihin myös hoitohenkilöstön kannattaa perehtyä.

### **Hoitohenkilöstölle mahdollisuudet työssä onnistumiseen**

Tutkimukseen osallistuvat hoitajat kokivat tarvitsevänsä tietoa ja sen jakamista potilaan kivunarvioinnista ja -hoidosta, jotta kivunhoitoa ja -arviointia voidaan kehittää. Tärkeää on keskustella sekä jakaa omaa tietoperustaa ja kokemuksia kollegoille. Se lisää yhteisöllisyyttä työyhteisössä. Henkilöstö tarvitsee kivunarviointiin motivointia, jotta se saadaan tehokkaaksi ja laadukkaaksi. Motivointi voi olla esimerkiksi positiivista palautetta, kannustusta tai jopa jokin palkinto.

Tärkeää on kiinnittää huomiota uusien työntekijöiden perehdytyksessä kivunarvioinnin ja -hoidon sekä kirjaamisen ohjaamiseen. Hyvällä perehdytyksellä uusi työntekijä oppii hallitsemaan kivunarvioinnin ja -hoidon sekä kirjaamisen ja soveltamaan tietonsa käytännön hoitotyöhön. Myös mentorointia voi ajatella hyödynnettävän uuden työntekijän perehdytyksessä. Mentori eli kokeneempi henkilö opastaen ja tukien ohjaa aktoria eli uutta työntekijää työelämän uusissa haasteissa. Hiljainen tieto puolestaan siirtyy organisaation sisällä mentorin jakaessa omien kokemustensa kautta keräämää tietoa. (Eklund 2018, 25, 183.)

Mikäli potilaan kivunarvioinnista ja -hoidosta halutaan laadukasta, tulee hoitajilla olla riittävästi henkilöstöresursseja ja aikaa hoitaa potilasta, hänen asioitaan ja antaa ohjausta. Hoitajat

tarvitsevat ylipäättään aikaa potilaan kohtaamiseen yksilönä. Mitä moniongelmallisempi potilas on, sitä enemmän vie aikaa järjestää hänen asioitaan ja esimerkiksi jatkohoitoa. Tällä hetkellä asioiden järjestämiseen ja ohjaamiseen ei ole riittävästi aikaa. Mobiili-sovelluksien kääntäjä sovelluksia voisi hyödyntää myös ulkomaalaistaustaisten potilaiden kivunhoidossa ja sen ohjauksessa, mikäli tulkkia ei ole saatavilla. Tärkeää olisi, että kaikki potilaat tulisivat ymmärretyksi kivunhoidon ja -arvioinnin suhteen. Usein perheet, joiden kanssa on kielellisiä ongelmia, tarvitsevat asioiden hoitamiseen enemmän aikaa, joten resursseja tulisi olla riittävästi. Tärkeintä olisi siis, että kaikkia asiakasryhmiä ymmärrettäisi ja kaikki asiakasryhmät ymmärtäisivät, mitä tehdään ja miksi.

### **Kivunhoidon kirjaamisen kehittäminen**

Kivunhoidon kirjaaminen koetaan aineiston mukaan puutteelliseksi. Kaikki tiedostavat kirjaamisen olevan tärkeä osa hoitotyötä. Jotta kirjaamisesta saadaan laadukasta, tulee hoitohenkilökunnan tai kirjaamisyhdyskuntien kesken avata yhdessä käsitettä kivun kirjaaminen. Laadukas kirjaaminen pitää sisällään kivun kuvaamisen; missä kipua on, millaista kipua sekä kipua kuvaavia apusanoja käyttämisen esimerkiksi aaltomainen, vihlova, terävä. Edellä mainitut asiat voisivat olla kirjaamisalustan fraaseissa valmiina apuna kirjaajalle. Kirjaamisalustaan toivottiin omaa kohtaa kivun ja kivunhoidon kirjaamiseksi. Lisäksi kaivattiin selkeitä ja yhtenäisiä ohjeita kivunhoidon kirjaamisesta. Yhteisesti tulee päättää, mitä on hyvä kirjata hoitaessaan potilaan kipua.

Hyvällä ja huolellisella kirjaamisella taataan kivunhoidon onnistuminen ja kivunhoitoon saadaan lisää laatua. Laadukkaalla ja täsmällisellä kirjaamisella seuraavakin hoitaja tietää, mitä on tehty tai yritetty tehdä kivunhoidon suhteen. Myös Heikkilä totesi tutkimuksessaan, että kirjaaminen on tärkeä kommunikointikeino terveydenhuollon ammattilaisten välillä ja tärkeä hoidon jatkuvuuden kannalta (Heikkilä 2017, 33). Ideointiryhmässä ajateltiin, että kirjaamisesta tulisi laadukkaampaa, mikäli olisi mahdollisuus kirjata potilaan luona. Tällä hetkellä potilaan vieressä kirjaaminen ei onnistu kaikissa yksiköissä. Hoitotyön suosituksen mukaan kivun hoitotyö tulee asetukseen perustuen kirjata täsmällisesti potilasasiakirjoihin. Merkinnöistä tulisi näkyä kivunhoidosta tehdyt päätökset perusteluineen. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, viitattu 1.6.2019.) Heikkilän mukaan hoitotyön kirjaaminen on tällä hetkellä tehtäväkeskeistä yksilöllisyyden sijasta. Hyvällä kirjaamisella taataan korkealaatuisen hoidon jatkuminen ja potilasturvallisuuden säilyminen, vaikka työvuorot ja henkilökunta vaihtuvat. (Heikkilä 2017, 35-36.) Suomen anestesiologian yhdistys (SAY) on määritellyt kivusta ja kivunhoidosta kirjattavat vähimmäisvaatimukset, jonka mukaan kivun voimakkuus tulisi mitata ja



kirjata validoidulla, potilaan kehitystasoon sopivalla mittarilla sekä liikkeessä että levossa vähintään kerran työvuoron aikana. Mikäli potilas on kipeä ja tarvitsee kivunhoitoa, tulisi kivun voimakkuutta mitata myöhemmin uudestaan käytetyn menetelmän kannalta sopivana aikana. Kirjatun tiedon tulee siirtyä potilaan mukana käytetystä potilastietojärjestelmästä toiseen. Myös käytetyt kivunhoitomenetelmät käyttöaikoiheen, perusteluineen ja mahdollisine haittavaikutuksineen tulee selvästi ilmetä kirjauksista. (Konttinen, Jokela, Ravasta, Rautakorpi & Hamunen 2012, 45.)

### **Lääkkeettömien menetelmien lisääminen**

Kivunhoidon kehittämisen yksi osa-alue on lääkkeettömien menetelmien lisääminen. Henkilökunta on kiinnostunut lääkkeettömien vaihtoehtojen käytöstä ja niiden lisäämisestä. Ongelmana on, että lääkkeettömiä menetelmiä ei hallita tai osittain ei tiedosteta niitä jo käytettävän. Listasimme tällä hetkellä käytössä olevia ja mieleen tulevia lääkkeettömiä vaihtoehtoja. Listasimme imettäminen tai kenguruhoito näytteenoton aikana, käsikapalo, sairaala klovni, musiikki, videot, kylmä- ja lämpöpakkaukset, lämmön hyödyntäminen muilla tavoin, TENS, vyöhyketerapia, tuutu- ja synnytykslaulu, kynttilän puhallustekniikka ponnistusvaiheessa, huomion vieminen muualle, emotionaalinen tuki sekä hoitajan rauhallinen läsnäolo. Koulutus aiheesta on siis paikallaan.

Jotta lääkkeettömät vaihtoehdot tulevat potilaalle ja omaiselle tutuksi, hoitohenkilöstö voisi tehdä lääkkeettömät vaihtoehdot enemmän näkyväksi esimerkiksi laittamalla tietoisuuksia ja kuvia potilaskansioihin, ilmoitus- ja näyttötauluuihin. Myös omalla ohjaustyöllämme voimme tehdä potilaan ja omaisen tietoisiksi lääkkeettömistä menetelmistä. Aina potilas ei ajattele, että lääkkeetön menetelmä on kivunlievittämistä. Tärkeä on myös, että potilaan kipua hoidettaessa potilaalle tulee tunne, että kipua huomioidaan, koska myös se auttaa potilasta sietämään kipua tiettyssä määrin.

Ryhmä ideoi toteutettavaksi ”vinkkilistan”, jonka jokainen yksikkö voi tehdä oman hoitohenkilöstön avuksi. Listoihin kerätään hyviä oman osaston/tulosalueen asiakkaille sopivia lääkkeettömiä vaihtoehtoja. Vinkkilistoja voidaan jakaa myös toisille yksiköille. Erityisesti La tulosalueella toivottiin konkreettista opasta, jossa esitellään lapsipotilaille sopivia lääkkeettömiä vaihtoehtoja. Lääkkeettömiin vaihtoehtoihin ei tarvitse lääkärin lupaa ja määräystä, mutta ajateltiin, että lääkkeettömiä menetelmiä lääkkeellisen kivunlievityksen rinnalle voidaan kehittää myös yhteistyössä lääkäreiden kanssa.

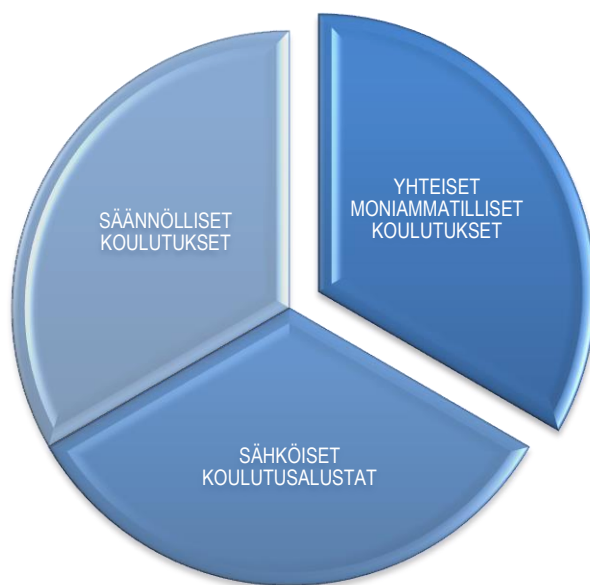
Hoitohenkilökunta voi itsekkin perehtyä lääkkeettömiin menetelmiin ja haastaa itsensä oppimaan ja kokeilemaan uutta. Lisäksi lääkkeettömien menetelmien markkinointi asiakkaalle on helpompaa,

kun myös itse kokeilee niitä. Mikäli asiakas ei ole tietoinen lääkkeettömistä menetelmistä, eikä saa siitä tietoa ja ohjausta hoitajalta, eivät lääkkeettömät menetelmät tule käyttöön. Eli lääkkeettömät menetelmät lähtevät hyvin pitkälti asiakkaan toiveista, mikäli hoitohenkilöstö ei ole motivoitunut ohjaamaan ja markkinoimaan niitä.

#### 6.2.4 Kehittäminen koulutuksen avulla

Aineiston mukaan kivunhoitoa voitaisiin kehittää koulutuksen avulla. Ideointiryhmässä pohdittiin, että koulutus parantaisi hoitajien suhtautumisen ja sitoutuneisuutta kivunarviointiin ja -hoitoon. Lisäksi koulutuksella pystyttäisiin vähentämään aineistossa ilmennyttä liian varovaista kivunhoitoa ja poistamaan hoitajien taitamattomuutta ja tietämättömyyttä.

#### Koulutus



KUVIO 4. Koulutuksen kehittäminen

Säännöllisiä potilaan kivunhoidon koulutuksia pidettiin tärkeinä. Tällä hetkellä jopa talon sisäisiin kipukoulutuksiin pääseminen LaNa tulosalueella on vaikeaa. Hoitotyön suosituksen mukaan hoitajien säännöllisellä koulutuksella voidaan vaikuttaa hoitajien tietoon, asenteisiin ja käyttäytymiseen kivunhoitoon liittyen (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, viitattu 1.6.2019). Myös hoitajien kivunarviointi taitoa voidaan parantaa kivun hoitotyön koulutuksella (Aikuispotilaan kirurgisen

toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013, viitattu 1.6.2019; Pätäri 2014; Formisto 2017; Heikkilä 2017).

Sähköisesti verkossa järjestettävällä koulutuksella on hyvinä puolina edullisuus, saavutettavuus ja tehokkuus. Eli suuri määrä ihmisiä saadaan koulutettua lyhyellä aikataululla ympäri vuorokauden ilman aikaa tai paikkaa sitomista. Verkkokurssien ajateltiin palvelevan erityisesti sijaisia, jolloin sijaisilla olisi perustieto käytettävissä heti töihin tullessaan. Ideointiryhmässä ajateltiin, että sähköisesti tarjottavaa koulutusta kipupotilaan hoidosta voi olla eri tasoista, peruskoulutuksesta aina syvällisempään tietoon jo kokeneemmille hoitajille. Verkko-opiskelu tarkoittaa digitaalisessa ympäristössä tapahtuvaa opiskelua. Erilaisia verkko-opiskelualustoja voidaan kehittää alusta asti organisaation sisällä tai valmiita verkkokursseja voidaan ostaa ulkopuoliselta yrityksiltä. Tarjonnasta löytyy niin pidempiä koulutusohjelmia kuin lyhyitä kursseja. Digitaaliset materiaalit tarkoittavat digitaalisessa muodossa toteutettuja opetusmateriaaleja, joiden avulla työntekijä voi itsenäisesti opiskella omaan työhönsä kuuluvia osa-alueita. (Eklund 2018, 182.) Ryhmässä ehdotettiin myös digitaalisen oppimispolun kehittämistä. Sähköisellä oppimisalustalla olisi tarjolla perustietoa kivunarvioinnista ja -hoidosta sekä ajankohtaista ja uutta tietoa. Sinne voisi tehdä myös keskustelupalstan, jossa pohtia mieltä askarruttavia asioita. Sähköisen oppimisalustan etuna olisi myös se, että sieltä hankittu tieto olisi ajanmukaista ja tasalaatuista. Näin se vaikuttaisi suoraan kivun hoitotyön ja potilasohjauksen laatuun.

### **Koulutuksen sisältö**

Yhteisiä, saman sisältöisiä ja moniammatillisia koulutuksia kaivattiin. Niitä tulee tarjota kaikille potilashoitoon osallistuvalla henkilökunnalle mukaan lukien lääkärit ja laboratoriohoitajat. Tämän arveltiin parantavat myös yhteistyötä, jossa tällä hetkellä on ongelmia. Salminen-Tuomaala ym. totesivat tutkimuksessaan, että hoitohenkilökunta ja lääkärit tarvitsevat yhteistä moniammatillista simulaatio-opetusta, jolla klinisten taitojen lisäksi pystytään kehittämään myös viestintä- ja ohjaustaitoja sekä kollegiaalista yhteistyötä. Se lisää tietoisuutta eri ammattiryhmien edustajien osaamisesta. (Salminen-Tuomaala, Rouvala, Sankelo, Junttila & Vuorenmaa 2018, 319.) Saman sisältöiset koulutukset toisivat lisäksi kivunarviointiin ja -hoitoon yhteneväisyyttä.

Kipupotilaan kohtaaminen koettiin haasteeksi ja siihen liittyvä koulutus koettiin tarpeelliseksi. Koulutukseksi ehdotettiin kipupotilaan kohtaamisen ABC-kurssi eli peruskoulutus henkilökunnalle, johon voisi sisältyä esimerkiksi kipupotilaan kuunteleminen ja kohtaaminen, turvallisuuden tunteen luominen ja kroonisen kipupotilaan ymmärtäminen. Koulutuksen myötä hoitohenkilökunta oppii

paremmin ymmärtämään kroonisesta kivusta kärsiviä tai lääkeaine riippuvaisia potilaita. Hoitajan kohtaamiseen kipupotilasta kohtaan vaikuttaa myös se, miten hoitaja itse suhtautuu kivunhoitoon, oma kokemus kivusta, mahdollinen pelko kipua kohtaan. Heräsikin ajatus, tarvitsisimmeko me hoitajat tunnetaito-kouluttajaa, jotta kehittyisimme kivunhoidossa.

Kivunhoidon koulutukseen ehdotettiin myös peruspakettia kivunhoidosta, omien asiakasryhmien kivunhoidosta, lääkehoidosta, lääkkeiden turvallisista määristä ja väleistä, kroonisen kivun tunnistamisesta ja lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä. Hoitajien on tärkeä ymmärtää kivun kroonistumisen mahdollisuus jo kivunhoidon akuutissa vaiheessa. Heidän tulisi osata arvioida mahdolliset riskitekijät kivun kroonistumiselle.



KUVIO 5. Koulutuksen sisältö

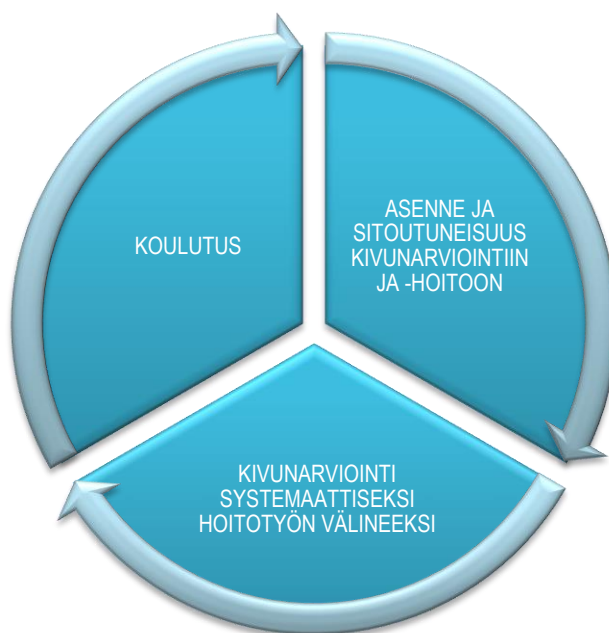
Ideointiryhmässä keskustelimme myös siitä, tarvitaanko yksiköihin useita kipumittareita. Koska La- ja Na tulosalueella potilaat ovat hyvin eri-ikäisiä, päädyimme siihen, että mittareita tarvitaan useita. Työyhteisöjen sisällä voidaan kartoittaa, mitä mittareita on käytössä. Työyhteisö voi päättää yhteisesti, mitkä kipumittarit ovat sopivimpia kyseisessä yksikössä oleville potilasryhmille, mitkä otetaan käyttöön ja niihin järjestetään koulutus. Kivunarvioinnista toivottiin muutenkin kattavaa peruskoulutusta esimerkiksi klinikan koulutuspäivän yhteydessä. Myös kivunarvioinnin koulutuksen tulee olla suunnattu moniammatillisesti, kaikille hoitoon osallistuville. Yksi ajatus oli

kipuyhdysheiköiden kouluttaminen, jotka puolestaan kouluttaisivat omassa yksikössä esimerkiksi kivunarviointia ja lääkkeettömiä vaihtoehtoja. Tätä kautta syntyisi kaivattua keskustelua yksikön sisällä ja hiljainen tieto siirtyisi hoitajalta toiselle. Koulutuksen myötä kivunarviointi olisi kaikkien hallinnassa ja siitä tulisi yhteneväistä.

#### 6.2.5 Yhteenveto kehittämistyön tärkeimmistä tuloksista

Ideointiryhmä priorisoi lopuksi, mitkä ovat tärkeimpiä asioita kivunarvioinnin ja -hoidon kehittämisessä. Tärkeimmiksi asioiksi priorisoitiin kivunarviointi systemaattiseksi hoitotyön välineeksi, kivunarvioinnin ja -hoidon koulutus sekä hoitajien asenteen ja sitoutuneisuuden parantaminen kivunarviointia ja -hoitoa kohtaan.

Ideointiryhmässä pohdittiin, että koulutuksen kautta kivunarviointi lisääntyy henkilökunnan saadessa tietoa kivunarvioinnista ja kipumittareista. Koulutuksen kautta myös hoitajien asenne ja sitoutuminen kivunarviointia ja -potilaan hoitamista kohtaan paranevat. Terveystenhuollon ammattilaisten tietojen, asenteiden, uskomusten ja vuorovaikutustaitojen ajatellaan vaikuttavan kipupotilaan hoito- ja kuntoutusprosessin onnistumiseen. Asenteet, uskomukset ja taidot vaikuttavat siihen, millaisia hoito-ohjeita ja suosituksia terveydenhuoltoalan henkilöstö antaa potilaalle. Asenteisiin ja tietoihin kohdistuvan koulutuksen on huomattu parantavan työskentelyä kipupotilaiden kanssa. (Hagelberg & Valjakka 2008.)



KUVIO 6. Tärkeimmät asiat kivunhoidon ja -arvioinnin kehittämisessä

## **7 KIVUNARVIOINNIN JA -HOIDON KEHITTÄMISEN TULOSTEN TARKASTELUA**

KKYT-hankkeen tarkoituksena on kehittää kivunarviointia ja kivunhoidon yhtenäistä toimintamallia LaNa tulosalueella. Tavoite on laajemmin, että tulosalueella tullaan systemaattisesti arvioimaan kipua ja käyttämään lääkkeitömiä kivunlievitysmenetelmiä osana hoitotyötä. Tässä tutkimuksessa haluttiin kerätä hoitajien kokemuksia kivunarvioinnin ja -hoidon haasteista. Kokemuksiin perustuen haluttiin kehittää kivunarviointia ja -hoitoa LaNa tulosalueella.

### **7.1 Henkilökunnan haasteet kivunarvioinnissa ja -hoidossa**

Aineiston mukaan hoitajat kokivat potilaan kivunarvioinnin ja -hoidon haastavaksi hoitotyön osa-alueeksi. Haasteellisuutta kipupotilaan hoitoon toivat haastavat asiakasryhmät ja tilanteet. Kipupotilaan hoitamiseen haasteellisuutta lisää se, että kivunhoitamisen taidot koettiin riittämättömiksi. Hoitajien kuvauksen mukaan riittämättömät kivunhoidon taidot puolestaan johtavat liian varovaiseen kivunhoitoon, jopa kivun alihoitamiseen. Haastaviksi tilanteiksi hoitajat kokivat sen, kun potilaan kipu jatkuu kivunlievitys menetelmistä huolimatta. Kipupotilasta hoitaessa työn kuormittavuutta lisäsivät myös läheisen huoli ja ahdistus. Riittämättömät henkilöstöresurssit kuormittavat myös kipupotilaan kanssa tehtävää hoitotyötä. Puutteelliset henkilöstöresurssit johtavat siihen, että kipupotilaan kohtaaminen jää pinnalliseksi ja potilaan ja omaisen ohjaukseen ei ole riittävästi aikaa.

Kivunarvioinnissa koettiin myös haasteita. Kivunarviointia tiedostettiin tehtävän liian vähän eikä siinä ole yhtenäistä toimintatapaa. Kipumittareiden käyttö koettiin hoitohenkilöstön keskuudessa toisinaan ristiriitaiseksi potilaan arvioinnin poiketessa suuresti ulkoisesta olemuksesta. Osa hoitajista ajatteli, että kivunarviointia ei hallita, koska siihen ei ole ollut perehdytetty eikä koulutettu missään vaiheessa. Vastasyntyneillä ei ole Na tulosalueella kipumittareita käytössä lainkaan.

Yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa ei ollut ongelmaton. Asenteellista ongelmaa oli havaittavissa niin lääkäreiden kuin hoitajien suhtautumisessa. Lääkäreiltä toivottiin enemmän paneutumista suhtautumisessaan kipupotilaaseen, hoidon suunnitteluun ja selkeiden hoito-

ohjeiden kirjaamiseen. Hoitajien keskuudessa puuttui yhteisöllisyys, kollegiaaliset toimintatavat, eikä tietoa jaeta automaattisesti. Myös moniammatillista yhteistyötä kaivattiin ja sen kehittämistä.

Kirjalliset hoito-ohjeet koettiin puutteellisiksi ja ohjaamisen taidot riittämättömiksi. Lisäksi kivun hoitotyöhön liittyvään ohjaukseen ei yleensä ollut riittävästi aikaa. Näiden kaikkien koettiin kuormittavan kipupotilaan kanssa tehtävää työtä. Hoito-ohjeita toivottiin kehitettävän niin hoitohenkilökunnalle, potilaalle kuin omaisille. Myös kirjaamisen tiedostettiin olevan puutteellista, niin kivunarvioinnin kuin -hoidon osalta. Yhtenäisiä toimintatapoja kaivattiin niin kivunarvointiin kuin -hoitoon sekä kirjaamiseen.

Taidot ja tiedot koettiin ajoittain riittämättömiksi niin kivunarvioinnissa kuin -hoitamisessa. Koulutusta kaivattiin kivunhoidosta, lääkkeistä, lääkkeettömistä vaihtoehdoista ja kivunarvioinnista. Ongelmaksi nähtiin myös se, että kipukoulutuksiin oli vaikea päästä. Säännölliset kivunhoidon koulutukset koettiin tarpeelliseksi.

## **7.2 Kivunarvioinnin ja -hoidon kehittäminen**

Kehittämistyön tavoitteena oli tuottaa tietoa potilaan kivunarvioinnin ja -hoidon yhtenäisen toimintamallin kehittämiseksi Lasten ja naisten tulosalueella henkilökuntakyselyn aineistosta nousseiden aiheiden pohjalta. Työryhmä koostui LaNa tulosalueen kipuyhdyshenkilöistä. Ideoinnin aiheet pohjautuivat henkilöstön kyselystä analysoidun aineiston pohjalta nousseisiin teemoihin eli yhteistyö, kivunarvioinnin ja -hoidon kehittäminen.

Yhteistyö on yksi tärkeistä kehitettävistä osa-alueista. Yhteistyö käsittää niin moniammatillisen yhteistyön hoitohenkilöstön kesken kuin potilaan ja omaisen kanssa tehtävän yhteistyön. Tärkeäksi asiaksi koetaan toisen osaamisen arvostaminen, jota tulisi hyödyntää konsultoimalla toisia hoitajia ja yksiköitä. Avosektorin kanssa tehtävää yhteistyötä voitaisiin kehittää siten, että kivunarvointi ja kipumittarit otettaisiin käyttöön jo avopuolella. Tällöin se olisi tuttua asiaa potilaalle sairaalaan tullessa. Yhteistyön kehittämiseen kuuluu myös potilaan ja omaisen kanssa tehtävä yhteistyö siten, että lisättäisiin kivunarvointiin ja -hoitoon liittyvää ohjausta sekä otettaisiin potilas ja omaiset mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Omaisten ohjauksen myötä he voisivat olla potilaalla tukena kivunarvioinnissa ja -hoidossa.

Ideointiryhmässä yhtenäisen toimintamallin luomisen ajateltiin olevan tärkeää kivunarvioinnin kehittämisessä. Sitä kautta siitä tulisi laadukkaampaa, tehokkaampaa ja systemaattisempaa. Kivunarvioinnin tehostamisen kautta pystytään arvioimaan myös hoitotehon vaikuttavuutta. Kivunarviointi tulee laajentaa moniammatilliseksi koskien kaikkia hoitoon osallistuvia, niin hoitajia kuin lääkäreitä. Kivunarviointia ja -hoitoa tulee kehittää myös kokonaisvaltaisempaan suuntaan huomioiden potilaan sairaushistoria kokemuksineen.

Ideointiryhmän mukaan lääkkeettömät vaihtoehdot tulee tehdä potilaalle ja omaisille näkyväksi ohjaustyöllä, informaationa näyttö- ja ilmoitustauluilla ja potilaskansioissa. Koulutuksen lisäksi hoitohenkilökunta voi myös itse aktiivisesti perehtyä lääkkeettömiin menetelmiin. Vinkkilistan tekemistä hyväksi koetuista lääkkeettömistä menetelmistä omien potilasryhmien parissa suositellaan yksiköissä tehtäväksi. Yksiköt voivat keskenään jakaa tietoa ja vinkkilistojaan toisten yksiköiden kanssa. Näin kokemuksen myöstä hiljainen tieto pääsee siirtymään hoitajalta toiselle ja yksiköstä toiseen.

Hoitotyöhön saadaan päivitettyjen ja täydennettyjen hoito-ohjeiden myötä lisää laatua. Yhtenäisten hoito-ohjeiden avulla kivunhoito ja siihen liittyvä ohjaus tulevat yhdenmukaiseksi yksiköstä riippumatta. Myös internetiä ja kivunhoitoon liittyviä mobiilisovelluksia voidaan hyödyntää potilaan ohjauksessa kivun hoitotyössä. Tällä hetkellä niiden hyödyntäminen on vähäistä.

Yhtenäisiä ohjeita tarvitaan myös kirjaamiseen. Tällä hetkellä kivunarvioinnin ja -hoidon kirjaaminen on kirjavaa ja puutteellista. Kirjaamista tulisi kehittää ja yhtenäistää avaamalla kivunarviointi ja -hoito käsitteenä, ja mitä laadukkaan kivun kirjaamisen tulisi sisältää. Kirjaamisedotukset toimitetaan myöhemmin tulosalueiden kirjaamisyhdyshenkilöille, jotka jatkavat kirjaamisen kehittämisen parissa tehtävää työtä.

Ideointiryhmä arveli, että henkilöstö tarvitsee motivointia, jotta kirjaamiseen, kivunarviointiin ja -hoitoon saadaan laatua. Myös uusille työntekijöille tulee järjestää riittävä koulutus ja perehdytys niin kivunarvioinnista kuin -hoidosta ja niihin liittyvistä asioista. Laadukas perehdytys ei kuormita yksikön uusia eikä vanhoja työntekijöitä.

Tärkeimmäksi asiaksi, jolla kivunarviointia ja -hoitoa pystyttäisi kehittämään todettiin ideointiryhmän mielestä koulutus. Toivottiin moniammatillisia, säännöllisiä ja yhteisiä koulutuksia. Näin käytettävä tieto kivun hoitotyössä olisi yhtenäistä. Verkossa tapahtuva koulutus koettiin



hyväksi asiaksi, koska sillä pystytään järjestämään tehokkaasti monipuolista koulutusta. Koulutuksen myötä tieto lisääntyy ja taidot kehittyvät. Se poistaa tällä hetkellä ilmenevän liian varovaisen kivunhoidon ja vähentää hoitajien tuntemaa riittämättömyyden tunnetta. Kivunarvioinnin arveltiin myös kehittyvän koulutuksen myötä. Koulutuksella arveltiin olevan suora vaikutus myös hoitohenkilöstön asenteen ja sitoutumisen kivunarviointia ja -hoitoa kohtaan.

KKYT-hanke jatkuu. Tulosten pohjalta niin kivunarviointia kuin -hoitoa tullaan kehittämään henkilökunnan, potilaiden ja lasten vanhempien näkökulmasta. Hankkeen tavoitteena on kehittää kivunarvioinnin ja -hoidon yhtenäistä toimintamallia OYS: n Lasten ja naisten tulosalueella siten, että tulosalueella tullaan arvioimaan kipua systemaattisesti ja käyttämään lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä osana hoitotyötä. Hanke jatkuu siten, että myöhemmin levitetään ja vakiinnutetaan yhtenäisiä käytäntöjä kivunarviointiin ja -hoitoon. Myöhemmin hankkeen puitteissa arvioidaan yhtenäisen kivunarvioinnin ja -hoidon toimintamallin vaikuttavuutta, mihin kuuluu myös jatkuva seuranta.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyydestä ja hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta vastaa ennen kaikkea tutkija itse. Olen pyrkinyt noudattamaan hyvän tieteellisen käytännön mukaista rehellisyyttä ja huolellisuutta kaikissa tutkimustyön eri vaiheissa sekä tulosten esittämisessä (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 2019, 7-9; Tuomi & Sarajärvi 2018, 150). Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti olen huolella suunnitellut ja toteuttanut tutkimukseni. Raportoinnissa olen pyrkinyt noudattamaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellytyksiä. Lähteitä valitessani olen suhtautunut kriittisesti lähteisiin ja käyttänyt luotettavia lähteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 151.)

KKYT-hankkeelle oli jo saatu puoltava lausunto eettiseltä toimikunnalta ja sairaalan käytäntöjen mukaiset tutkimusluvut. Koska ryhdyin kipuyhdyshenkilöksi ja tutkijaksi tähän hankkeeseen tutkimukseni osalta vasta hankkeelle luvan myöntämisen jälkeen, hain muutoslupaa aiemmin hankkeelle myönnettyyn lupaan.

Tutkimuksen saatekirjeissä ja myöhemmässä vaiheessa tutkimuksen tiedotteissa kerrottiin tutkimuksesta, sen tavoitteesta ja tarkoituksesta. Informaatiokirjeessä osallistujille kerrottiin osallistujien anonymiteetin suojelusta, vapaaehtoisuudesta sekä oikeudesta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja myös toiminnan kehittämisosiossa ideointihetkeen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Kaikki ideointiin osallistuneet ideojat antoivat kirjallisen suostumuksensa, suostumuskaavakkeen liiteosiossa (Liite 1 ja 2). Myös Learning café -ideoinnissa kuvattuun valokuvaan kysyin asianomaisilta henkilöiltä luvan. Tarkastelin osallistujien yksityisyyttä ja tietojen luottamuksellisuutta koko tutkimusprosessin ajan. En ole missään vaiheessa luovuttanut tutkimuksessa saatuja tai käsiteltyjä tietoja ulkopuolisille henkilöille. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 2019, 7-9.) Kipuhankkeen vastaavalta tutkijalta sain luvan käyttää sairaanhoitopiirin, tulosalueen ja hankkeen nimeä tutkimuksessani. Tutkimusaineiston omistaa kipuhankkeen vastaava tutkija. Tutkimuksen aikana kerätty aineisto säilytetään tallennettuna turvallisesti salasanoin suojatuissa tietokoneissa. Tiedostoissa oleviin tietoihin pääsevät käsiksi vain tutkimuksen tekoon osallistuvat ihmiset.

Aiheenvalinta oli minulle aluksi vaikeaa. Itselläni ei ollut mielessäni erityisempää aihetta tutkimukselleni. Kuullessani meneillään olevasta KKYT-hankkeesta, kiinnostuin aiheesta ja hankkeesta. Kivunarviointi ja -hoito ovat mielestäni tärkeitä asioita kaikkien potilaiden hoidossa. Tutkimuksen myötä aloin kipuyhdyshenkilöksi, joten voi omalta osaltani myös tutkimuksen valmistumisen jälkeen olla vaikuttamassa kivunarvionnin ja -hoidon kehittämiseen omalla työpaikallani.

## **8.2 Tutkimuksen luotettavuus**

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuuden, siirrettävyyden, refleksiivisyyden ja vahvistettavuuden perusteella. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja tulosten uskottavuutta eli tulosten tulisi vastata tutkimukseen osallistuneiden kokemuksia tutkimuskohteesta (Kylmä & Juvakka 2012, 128-129). Tässä tutkimuksessa tutkija oli hoitanut työssään parin vuosikymmenen ajan potilaita Na tulosalueella, jolloin heidän kipunsa ja kivunarvionnin ja -hoidon ongelmat ovat tulleet tutuiksi. Lisäksi olen syksyllä 2018 alkanut kipuyhdyshenkilöksi. Luulen siis hyvin ymmärtäväni ja tulkitsevani tutkimukseen ja kehitystyöryhmään osallistuneiden ajatukset ilmiöön liittyen. Ajattelen sen lisäävän tutkimuksen luotettavuutta. Tulosten aitoutta pyrin raportissani lisäämään tarkoilla kuvauksilla ja suorilla lainauksilla, jotta tutkimuksessa näkyisi aineistosta nousseet tutkittavien kokemukset ja ajatukset (Kananen 2014, 153).

Siirrettävyys tarkoittaa tulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin, jolloin tutkijan täytyy kertoa riittävästi tutkittavista ja ympäristöstä, jotta lukija pystyy arvioimaan tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2012, 128-129.) Tässä tutkimuksessa annoin mahdollisimman tarkan ja totuudenmukaisen kuvauksen tutkimukseen ja sen toteutukseen liittyvistä asioista.

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkijana. Laadullisen tutkimuksen tekeminen, sisällön analyysin toteuttaminen ja ideointiryhmän vetäminen olivat minulle uutta asiaa. Perehdyin huolella aineistoon ja sisällönanalyysiin ennen aineiston analysoinnin aloittamista. Perehdyin erilaisiin ideointimenetelmiin ennen ideointihetkiä ja tein suunnitelmat ja

valmistelut etukäteen huolella. Minulla oli aiempaa kokemusta ideointiryhmään osallistumisesta, mutta ideointiryhmän vetäjänä toimiminen oli minulle uutta. Tämä saattoi osaltaan vaikuttaa ryhmän toimintaan. Sain kuitenkin ideointiryhmän aktiivisesti keskustelemaan ja ideoimaan. Ryhmässä ilmapiiri oli kaikin puolin vapautunut. Raportointi vaiheessa pyrin kertomaan aineiston keruuseen, analysointiin ja tutkimustuloksiin mahdollisesti vaikuttaneet asiat. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 2019, 6). Edellisestä tutkimuksen tekemisestä oli jo kulunut aikaa, joten harjaantumattomuus varmasti näkyy raportoinnissa.

Vahvistettavuus edellyttää tutkimusprosessin huolellista kirjaamista, jolloin lukija pystyy seuraamaan tutkimusprosessin kulkua ja pääsee käsitykseen tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2012, 128.) Tutkijana en ole pitänyt tutkimuspäiväkirjaa koko tutkimusprosessin ajalta. Tutkimuspäiväkirjan pito olisi tuonut lisää tarkkuutta raportin kirjoittamiseen. Vahvistettavuus on siten voinut kärsiä. Tutkimusta tehdessäni pyrin kirjaamaan muistiinpanoja, jotta raportissani pystyisin mahdollisimman tarkasti kuvaamaan tutkimuksen eri vaiheet.

### **8.3 Kehittämisenäkökohdat ja hyödyntämissuunnitelmat**

Tutkimuksen myötä olen perehtynyt tutkimuksen metodologiaan, aineiston analysoimiseen, tutkimuksen eri vaiheiden toteuttamiseen ja raportointiin, ideointimenetelmiin sekä kivunarviointiin ja -hoitamiseen. En voi sanoa hallitsevani täysin kivunarviointia ja -hoitoa, mutta hyviä välineitä hoitotyön toteuttamiseen sain työstäessäni tämän tutkimuksen tietoperustaa. Ideointiryhmän vetäminen ja tulosten analysoiminen olivat minulle uutta. Jatkossa aion taitojani tilaisuuden tullen hyödyntää, mikäli kehitettäviä asioita työssäni kohtaan. Tutkimuksen metodologinen puoli selkiytyi minulle tutkimuksen myötä, mutta havaitsin, että tutkimuksen tekeminen vie aikaa, vaatii paneutumista ja pohdintaa. Aineiston analysointia olisin voinut jatkaa loputtomiin.

Tutkimustuloksista koulutukseen liittyviä asioita olen esitellyt KKYT-hankkeen työntekijöiden sekä LaNa tulosalueen kipuyhdyshenkilöiden tapaamisissa 20.8.2019. Koulutuksen ja digitaalisen koulutusalueen toteutuksen ideointi on jo aloitettu. Muita tutkimuksen tuloksia esitellään myöhemmin kipuyhdyshenkilöiden tapaamisessa, jolloin mietitään tarkemmin, kuinka kipuyhdyshenkilöt voivat tuloksia jalkauttaa käytännön hoitotyöhön. Kirjaamisyhdyshenkilöille tullaan toimittamaan ideat kivunarvioinnin ja -hoidon parantamiseksi. Lisäksi tutkimuksen tuloksia

esitin lyhyenä katsauksena Näyttöön perustuvassa koulutusiltapäivässä, jonka järjesti LaNa tulosalue 19.11.2019. Koulutuksesta kerättiin osallistujilta palautetta.

Tämä tutkimus oli osa KKYT-hanketta. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää LaNa tulosalueen kivunarviointia ja -hoitoa, jonka myötä myös hoitotyön laatu paranee. Koko hankkeesta saatuja tuloksia on mahdollista soveltaa kaikkiin LaNa tulosalueen yksiköihin, mutta myös yhtenäistämään koko PPSHP: n kivunarviointia ja hoitoa.

Hyvin toteutettu kivunhoito edellyttää säännöllistä kivunarviointia. Kivunarvioinnilla ja -hoidolla on suora vaikutus hoidon laatuun ja turvallisuuteen. Jo terveydenhuoltolaki (1326/2010, §8) velvoittaa että hoitotyön tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Tämän vuoksi potilaan kivunarvioinnin ja -hoidon tulee perustua näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin, mikä on myös KKYT: n keskeinen tavoite. Tehokkaalla kivunhoidolla on merkitystä niin yksilön kuin yhteiskunnan tasolla. Kivunhoidolla vaikutetaan yksilötasolla lievittäen potilaan kivusta aiheutuvia kärsimyksiä ja parantaen kipupotilaan elämän laatua ja yhteiskunnan tasolla vähentäen kivusta aiheutuvia sairauslomapäiviä ja sairaalakustannuksia. (Haanpää ym. 2009, 20, viitattu 1.3.2019; Kipu: Käypä hoito -suositus 2017, viitattu 10.9.2019.)

## LÄHTEET

Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö – Hoitotyönsuositus (Online). Hoitotyöntutkimussäätiön asettama työryhmä. 2013. Helsinki: Hoitotyöntutkimussäätiö. Viitattu 1.6.2019, <https://www.hotus.fi/aikuispotilaan-kirurgisen-toimenpiteen-jalkeisen-lyhytkestoisen-kivun-hoitotyö-hoitosuositus/>

Alaranta N. 2014. Musiikin käyttö leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa. Tampere: Tampereen yliopisto.

Alasuutari P. 2011. Laadullinen tutkimus 2,0. 4. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Andersson V., Bergman S., Henech I., Wickström Ene K., Otterström-Rydberg E., Simosson H. & Ahlberg K. 2017. Pain and pain management in hospitalized patients before and after an intervention. Scandinavian Journal of pain. Volume, April 2017 15:22-29. Viitattu 22.10.2019, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28850341>.

Anttila P. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Metorid. Viitattu 16.12.2019, <https://metodix.fi/2014/05/17/anttila-pirkko-tutkimisen-taito-ja-tiedon-hankinta/>

Apulanta. Viitattu 01.12.2018, [https://apulanta.net/lyriikat/koneeseen\\_kadonnut](https://apulanta.net/lyriikat/koneeseen_kadonnut)

Axelin A. 2010. Parents as pain killers in the painmanagement of preterm Infants. Turku: Turun yliopisto. Viitattu 23.9.2019. <https://www.utupub.fi/handle/10024/63939>.

Blomqvist C. 2000. Aikuisen tehopotilaan kivun hoito. Teoksessa Kivunhoito A-M. Vartti (toim.) 127-148. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Eklund A. 2018. Tervetuloa meille! Uuden työntekijän perehdytys. Helsinki: Grano Oy.

Elomaa M. & Estlander A-M. 2009. Miten kivusta tulee krooninen. Teoksessa A. Vainio (toim.) Kipu. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 109-115.

Estlander A-M. 2003. Kivun psykologia. Juva: Bookwell Oy.

Facultas toimintakyvyn arviointi – Krooninen kipu 2008. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Työeläkevakuuttajat TELA. Viitattu 2.3.2019, [https://www.tela.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/tela/embeds/telawwwstructure/14383\\_Facultas\\_Krooninen\\_kipu.pdf](https://www.tela.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/tela/embeds/telawwwstructure/14383_Facultas_Krooninen_kipu.pdf)

Finlex. Suomen perustuslaki. 2019. Viitattu 16.12.2019, <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2P19>.

Formisto K. 2017. Kivun arviointi ja mittaaminen Yliopistosairaalan henkilökunnan näkemyksenä. Tampere: Tampereen Yliopisto.

Granström V. 2010. Kipu ja mieli. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Grenman D., Niemi-Murola L., Silfvast T. & Kalso E. 2006. Kivun hoito kirurgian päivystyspoliklinikalla – potilaan näkökulma. Helsinki: HYKS Finnanest.

Grommi S. 2015. Leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin ja hoidon kirjaaminen alaraajaohitetuilla potilailla. Itä-Suomen Yliopisto: Terveystieteiden tiedekunta.

Grönfors M. & Vilkkä H. 2011. Laadullisen tutkimuksen kenttätömenetelmät. Hämeenlinna.

Haanpää, M. 2009a. Kipupotilaan tutkiminen. Teoksessa A. Vainio (toim.) Kipu. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 180-122.

Haanpää M. 2009b. Kivunhoidon lainsäädäntö ja etiikka. Teoksessa A. Vainio (toim.) Kipu. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 508-513.

Haanpää M. & Aapponen E. 2018. Kivunhoidon lainsäädäntö ja etiikka. Teoksessa A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 580-585.

Haanpää M., Hagelberg N., Hannonen P., Liira H. & Pohjolainen T. Kroonisen kivun hoito-opas. Suomen kivuntutkimusyhdistys ry. Viitattu 1.3.2019, <https://skty-org->

bin.directo.fi/@Bin/027773c1fd76100945c5965a94dea68f/1577724082/application/pdf/171537/Kroonisen%20kivun%20hoito-opas\_final.pdf.

Haapio M.2000. Vaihtoehtoisia hoitomuotoja. Teoksessa A-M Vartti (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hagelberg N. & Valjakka A. 2008. Pitkittyvän kivun tunnistaminen ja kuntouttava hoito ehkäisevät selkäkivun kroonistumista. Suomen Lääkärilehti. Viitattu 4.11.2019, <https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti>. 2008;63 (17) 1609-1613.

Haukijärvi N, Kangas A, Knuutila H, Leino-Richter E. & Teirasvuo N. 2014. Tavoitteena aktiivinen ja työelämälähtöinen oppiminen. Tampere: Juvenest Print.

Heikkilä K. 2017. Leikkauksen jälkeistä kipua kirjataan huonosti. Kipuviesti 1/2017. 37-39.

Heikkilä K., Peltonen L-M. & Salanterä S. 2016 Postoperative pain documentation in a hospital setting: A tropical review. Scandinavian Journal of pain. Volume 11 April 2016, 77-89. Viitattu 15.01.2010, <https://europepmc.org/abstract/med/28850474>.

Heikkilä M. 2014: Miksi kipu jää päälle. Tiede. Viitattu 13.11.2019, [https://www.tiede.fi/artikkeli/jutut/artikkelit/miksi\\_kipu\\_jaa\\_paalle](https://www.tiede.fi/artikkeli/jutut/artikkelit/miksi_kipu_jaa_paalle).

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2018. Tutki ja kirjoita. 22. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Holopainen A., Junttila K., Jylhä V., Korhonen A. & Seppänen S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Fioca, Bookwell Oy.

Holopainen T. & Lehtomäki P. 2002. Postoperatiivinen kivun hoito- potilaiden kokema leikkauksen jälkeinen kivun hoito Kuopion yliopistollisen sairaalan keskusheräämössä "Kaikki meni oikein hyvin. Ihana yllätys, ei kipua, uskomatonta". Kuopio: Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja no 63/2002.



Johansson M. & Kolinsky E. 2009. The COMFORT behavioural scale and the modified FALCC scale in paediatric intensive care. *Nursing in Critical Care*, 14(3), 122—130. Viitattu 01.06.2019, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19366409>.

Kalso E. 2018a. läkkäiden kipu. Teoksessa A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 535-543.

Kalso E. 2018b. Katsausartikkeli; Miksi kipu pitkittyy ja voiko sitä ehkäistä. *Suomen Lääkärilehti*.2018;73 (18):1119-1124. Viitattu 2.10.2019, <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/miksi-kipu-pitkittyy-ja-voiko-sita-ehkaista/?public=219108ef10470df8d9b792c240c4f1fb>

Kalso E. 2018c. Voiko kipua mitata. Teoksessa A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 90-94.

Kalso E., Elomaa M., Estlander M. & Granström V. 2009a. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa A. Vainio (toim.) Kipu. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 104-117.

Kalso E., Elomaa M. & Granström V. 2018. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 109-119.

Kalso E. & Konttinen V. 2018. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 56-84.

Kalso E. & Vainio A. 2002. Kipu. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Kananen J. 2008. Kvali, kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu.

Kananen J.2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä Miten kirjoitan opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu.

Kilponen A. 2018. Kipu on erittäin haitallista etenkin vastasyntyneelle ja voi jättää elinikäisen jäljen, mutta silti sitä ei aina osata hoitaa – Näin tunnistat lapsen kivun. Lapin kansa. Viitattu 23.9.2019, <https://www.lapinkansa.fi/kipu-on-erittain-haitallista-etenkin-vastasyntynee/129282>.

Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Viitattu 10.9.2019, <https://www.kaypahoito.fi/kaypa-hoito>.

Kivesvaara S., Axelin A. & Salanterä S. 2006. Hoitajien käyttämät kivunarviointi- ja kivunlievitysmenetelmät 0-6 vuotiaiden lasten sairaalahoidossa. Teoksessa Konferenssiartikkelit IX Kansallinen hoitotieteellinen konferenssi viisas vaikuttaja (toim.) Salanterä Sanna, Hupli M & Axelin A. Turku: Karhukopio Oy. 72-77.

Konttinen V. & Hamunen K. 2015. Leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Duodecim 2015 vol. 131 no 20 1921-1928. Viitattu 20.11.2019, <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12492.pdf>.

Konttinen V., Jokela R., Ravaska P., Rautakorpi P. & Hamunen K. 2012. Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamisesta. Finnanest 2012 vol. 45 no. 2 s 119. Suomen Anestesiologiyhdistys ry, Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry. Viitattu 20.11.2019 <http://www.finnanest.fi/files/nyt-suositus.pdf>.

Korhonen A., Jylhä V., Korhonen T. & Holopainen A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta Tarpeesta tuloksiin. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiön julkaisu. Books on Demand.

Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017-2020. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:4. Helsinki.

Kylmä J. & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lehtonen P., Mäkelä S., Tanskanen M. & Aholaakko T-K. 2010. Näyttöä hoitotyöhön. Sairaanhoitaja 2/2010. 52-54.

Lipponen K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Tampere: Juvenest Print.

Niemi-Murola L., Halavaara J., Kontinen V., Harjola V-P. & Mattila J. 2011. Vieraskielisten potilaiden kivunhoito yliopistosairaalan päivystyksessä. Suomen Lääkärilehti. Viitattu 4.11.2019, <https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti>.

Ojala T. 2018. Kivun kanssa. Tampere: Vastapaino oy.

Ojasalo K., Moilanen T. & Raitalahti J. 2014. Kehittämistyön menetelmät uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Palomaa A-K., Korhonen A. & Pölkki T. 2016. Vanhempien ehdotuksia vastasyntyneiden kivunhoidon kehittämiseksi sairaalassa: tavoitteena vanhempien osallistumisen edistäminen. Tutkiva hoitotyö 4/2016 14(4) 4-11 Viitattu 18.11.2019, <https://emagz-fi.ezp.oamk.fi:2047/reader/issue/10228/177300/6>.

Pelto A-K., Hökkä M., Kajula O. & Kaakinen P. 2019. Kivunhoidon ohjaus syöpää sairastavan potilaan ja hänen läheisensä kuvaamana palliatiivisessa hoidossa – integroitu kirjallisuuskatsaus. Tutkiva hoitotyö 17 (2) 22-29 Viitattu 19.11.2019, <https://emagz-fi.ezp.oamk.fi:2047/reader/issue/10228/214266/1>.

Peltonen E. 2018. Vastasyntyneiden kivun arvioinnin kehittäminen: The Premature Infant Pain Profile-Reviawd (PIPP-R) – kipumittarin muokkaaminen suomalaiseen hoitokulttuuriin. Turku: Turun yliopisto.

Pesonen A. 2011. Kivunmittauksen ja kivun hoidon kliinisiä tutkimuksia iäkkäillä potilailla pitkäaikaishoidossa ja sydänkirurgian jälkeen. Viitattu 18.10.2019, [http://www.finnanest.fi/files/vaitos\\_pesonen.pdf](http://www.finnanest.fi/files/vaitos_pesonen.pdf).

Piiparinen S. & Rauhala S. 2004. Kivunhoito. Teoksessa Koistinen P., Ruuskanen S. & Surakka T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 156-163.

Pohjolainen T. 2009. Moniammatillinen yhteistyö kipupotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa. Teoksessa A. Vainio (toim.) Kipu. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 259-265.

Pudas-Tähkä S-M. 2018. Tehohoitopotilaan kivun arviointimittarin validointi ja käyttöönotto. Turku: Turun Yliopisto.

Pätäri J. 2014. Sairaanhoidajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla. Itä-Suomen yliopisto: Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu- tutkielma.

Pölkki T., Korhonen A., Axelin A., Saarela T. & Laukkala H. 2014 Development and preliminary validation of the Neonatal Infant Acute Pain Assessment Scale (NIAPAS). International Journal of Nursing Studies, 51 (12):1585-1594.

Pölkki T. & Korhonen A. 2012 Tehohoitoa vaativan keskosien kivunarviointi haaste terveydenhuoltohenkilöstölle. Kipuviesti 1/2012, 48-51. Viitattu 1.1.2020, <http://doczz.net/doc/7029489/kipuviesti-1-2012---tervetuloa---www.suomenkivuntutkimus...>

Pölkki T., Pietilä A-M., Vehviläinen-Julkunen K., Laukkala H. & Kiviluoma K. 2005. Lasten postoperatiivisen kivun lievitys: interventiona mielikuvaretkiäänite. Lääkärilehti. Viitattu 22.10.2019, <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/lasten-postoperatiivisen-kivun-lievitys-interventiona-mielikuvaretkiaanite/>.

Pölkki T., Vehviläinen-Julkunen K. & Pietilä AM. 2009. Hoitajien käsityksiä tehohoitoa vaativien keskosien kivunarvioinnista. Hoitotiede 2/2009. 21 (2) 86-96.

Pölkki T., Vehviläinen-Julkunen K. & Pietilä AM. 2001. Non-pharmacological methods in school-aged childrens' postoperative pain relief. J Adv Nurs. 2001 34(4). 483-492. Viitattu 30.11.2019, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11380715>.

Qvick L. & Sailo E. 2000. Kivunhoito eettisenä oikeutena. A.-M. Varti (toim.) teoksessa Kivunhoito, 60-65. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Rask M. 2003. Tehokkaampaa kivunhoitoa, kärsimys ei jalosta ketään – Sairaanhoidajien kivun arvioinnin ja kivun hoidon tietotason kartoitus Länsi-Pohjan keskussairaalassa. Teoksessa Pirkko Lauritsalo (toim.) Sairaanhoidaja kivunhoidon kehittäjänä, artikkelikokoelma kivunhoidon kehittämisestä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. 9-17.

Rissanen K. 2013 Sairaanhoidajien kuvauksia monikulttuuristen potilaiden postoperatiivisesta kivunhoidosta. Itä-Suomen yliopisto: Hoitotiede. Pro gradututkielma.

Sailo E. 2000. Mitä kipu on. A-M. Vartti (toim.) teoksessa Kivunhoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 30-38.

Salanterä S., Hagelberg N., Kauppila M. & Närhi M. 2006. Kivun hoitotyö. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Salminen-Tuomaala M., Rouvala C., Sankelo M., Junttila T. & Vuorenmaa K. 2018. Hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden käsityksiä moniammatillisen simulaatio-opetuksen tarpeista. Hoitotiede 4/2018, 310-322.

Savolainen H. & Blomqvist P. 2016. Learning café eli oppimiskahvila. Viitattu 1.5.2019, <https://www.innokylweb/m553alli2829a.fi/>.

Soini P. 2015. Kivun hoitoon sitoutumisen kulmakivet: tieto, aktiivinen itsehoito ja positiivinen asenne. Viitattu 20.10.2019, [https://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4\\_2015/kipu/kivun-hoitoon-sitoutumisen-kulmakivet](https://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/kivun-hoitoon-sitoutumisen-kulmakivet).

Talvitie T. & Ruokonien P. 2015. Onnistunut kivunhoito on monen tekijän summa. Sic! – Lääketietoa Fimeasta. Viitattu 15.10.2019, [https://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4\\_2015/kipu/onnistunut-kivunhoito-on-monen-tekijan-summa](https://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/onnistunut-kivunhoito-on-monen-tekijan-summa).

Tarnanen K., Mäntyselkä P. & Komulainen J. 2016. Auts - nyt sattuu! (Kipu-suositus). Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.8.2019, <http://www.terveyskirjasto.fi>.

Terveyskylä. Opi arvioimaan kipua. 2019. Viitattu 11.1.2019, <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/opi-arvioimaan-kipua>.

Toikko T. & Rantanen T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: Juvenes Print Oy.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 3/2019 Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. 2019. Tutkimuseettinen neuvottelukunnan julkaisu, Helsinki.

Vainio A. 2004. Kivunhallinta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vainio A. 2018. Kipu ja kärsimys. Teoksessa A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 18-24.

Vartiainen A. 2000. Kivunhoidon historiasta. Teoksessa A-M. Vartti (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 15-22.

Vilkka H. 2015. Tutki ja kehitä.4. Uudistettu painos. Juva: Bookwell Oy.

Välitalo PA., van Dijk M., Krekels EH, Gippin sS, Simons SH, Tibboel D. & Knibbe CA. 2016. Pain and distress caused by endotracheal suctioning in neonates is better quantified by behavioral than physiological items: a comparison based on item response theory modelling. Pain 2016 157(8):1611.

**TYÖRYHMÄN SUOSTUMUSASIAKIRJA**

14.5.2019 (Versio 2)

Minua on pyydetty osallistumaan Hoitohenkilökunnan käsityksiä toteutuneesta kivunarvioinnista ja -hoidosta sairaalassa -ideointiryhmään, jonka tarkoituksena on kehittää hoitohenkilökunnan kivunarviointia ja -hoitoa naisten tulosalueella. Olen lukenut tutkimusta koskevan tiedotteen ja saanut mahdollisuuden esittää tarkentavia kysymyksiä ja keskustella niistä. Tunnen saaneeni riittävästi tietoa oikeuksistani, kehittämistehtävän tarkoituksesta ja siihen osallistumisesta sekä kehittämistehtävään osallistumisen hyödyistä ja mahdollisista riskeistä.

Tiedän, että ideointiryhmään osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä osallistumisesta ja myöhemmin halutessani myös syytä ilmoittamatta keskeyttää ryhmässä työskentely tai peruuttaa suostumukseni. Kieltäytymiseni, osallistumisen keskeyttäminen tai suostumukseni peruuttaminen eivät vaikuta mitenkään mahdolliseen yhteistyöhömmme jatkossa. Jos päätän peruuttaa suostumukseni tai osallistumiseni keskeytyy jostain muusta syystä, keskeyttämiseen mennessä kerättyjä ideoita voidaan käyttää osana kehittämistyötä. Tiedän, että ideointiryhmän tietoja käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta ulkopuolisille. Ideointiryhmän tuotoksia käytetään hoitotyön kehittämiseen, mutta ryhmän tuotokset hävitetään kehitystyön valmistuttua.

Osallistun ideointiryhmän

Kyllä \_\_\_ Ei \_\_\_

Paikka \_\_\_\_\_

Aika \_\_\_\_\_

Ideointiryhmäläisen nimi, nimenselvennys ja ammatti \_\_\_\_\_

Ideointiryhmän vastaavana henkilöinä toimivat Kirsi Pohjola ja xxx.

**TYÖRYHMÄN SUOSTUMUSASIAKIRJA**

18.6.2019 (Versio 3)

Minua on pyydetty osallistumaan Hoitohenkilökunnan käsityksiä toteutuneesta kivunarvioinnista ja -hoidosta sairaalassa -ideointiryhmään, jonka tarkoituksena on kehittää hoitohenkilökunnan kivunarviointia ja -hoitoa naisten tulosalueella. Olen lukenut tutkimusta koskevan tiedotteen ja saanut mahdollisuuden esittää tarkentavia kysymyksiä ja keskustella niistä. Tunnen saaneeni riittävästi tietoa oikeuksistani, kehittämistehtävän tarkoituksesta ja siihen osallistumisesta sekä kehittämistehtävään osallistumisen hyödyistä ja mahdollisista riskeistä.

Tiedän, että ideointiryhmään osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä osallistumisesta ja myöhemmin halutessani myös syytä ilmoittamatta keskeyttää ryhmässä työskentely tai peruuttaa suostumukseni. Kieltäytymiseni, osallistumisen keskeyttäminen tai suostumukseni peruuttaminen eivät vaikuta mitenkään mahdolliseen yhteistyöhömmme jatkossa. Jos päätän peruuttaa suostumukseni tai osallistumiseni keskeytyy jostain muusta syystä, keskeyttämiseen mennessä kerättyjä ideoita voidaan käyttää osana kehittämistyötä. Tiedän, että ideointiryhmän tietoja käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta ulkopuolisille. Ideointiryhmän tuotoksia käytetään hoitotyön kehittämiseen, mutta ryhmän tuotokset hävitetään kehitystyön valmistuttua.

Osallistun ideointiryhmän

Kyllä \_\_\_ Ei \_\_\_

Paikka \_\_\_\_\_

Aika \_\_\_\_\_

Ideointiryhmäläisen nimi, nimenselvennys ja ammatti \_\_\_\_\_

Ideointiryhmän vastaavana henkilönä toimivat Kirsi Pohjola, xxx ja xxx.

Tämä suostumusasiakirjasta tehdään kahtena kappaleena, joista toinen annetaan ideointiryhmäläiselle ja toinen ideointiryhmän vetäjälle.



**Hyvä kollega!**

Tiedote 14.5.2019

Opinnäytetyöni on osa PPSHP: ssa meneillään olevaa kipuhanketta, jonka osana on ollut loka – marraskuussa 2018 kysely hoitohenkilökunnalle. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata henkilökunnan käsityksiä toteutuneesta kivunarvioinnista ja -hoidosta hoitotyössä. Tutkimus kuuluu hankkeeseen, jossa kehitetään yhtenäistä kivunarvionnin ja -hoidon mallia Oulun yliopistollisen sairaalan lasten ja naisten tulosalueelle. Hankkeen tavoitteena on tuottaa tietoa potilaan kivunarvionnin ja -hoidon kehittämiseksi.

Kyselylomakkeilla on kerätty tietoa hoitohenkilökunnalta, jotka työskentelevät potilastyössä lasten- ja naisten tulosalueella. Aineisto kerättiin webropol-kyselynä. Aineiston analysoinnin jälkeen nostamme tutkimuksen tekijöiden kanssa tutkimuksessa esille nousseita kehittämisideoita, joita prosessoimalla yhteisöllisellä ideointimenetelmällä eli learning coffeella pyrimme kehittämään kehittämiskeinoja kivunarvointiin ja -kivunhoitoon. Kehittämistyöni osio rajataan koskemaan vain naisten tulosaluetta. Osallistumalla ideointiryhmän työskentelyyn, voit olla mukana kehittämässä kivunarvointia ja -hoitoa ja olla vaikuttamassa koko henkilökunnalle järjestettävään kipukoulutukseen. Ideointiryhmän työskentelyä ja tuotoksia valokuvataan, ja niitä voidaan hyödyntää opinnäytetyössäni.

Ideointiryhmään osallistuminen on vapaaehtoista. Ryhmäläisten työskentelyä ja tuotoksia tullaan valokuvaamaan, mutta henkilökuvat jäävät vain tutkijan käytettäväksi. Ryhmässä käsiteltävät asiat ovat luottamuksellisia eikä ryhmäläisten henkilöllisyys paljastu missään vaiheessa.

**Yhteistyöstä kiittäen,**

Kirsi Pohjola

XXX

OAMK YAMK opiskelija

Hankkeesta vastaava tutkija

kätilö, OYS

Lasten ja naisten tulosalue, OYS

Hei!

Tiedote 16.05.2019

Olen Kirsi Pohjola ja työskentelen kättilönä naisten klinikassa ja olen kipuyhdyshenkilö kuten tekin. Opiskelen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa ja teen opinnäytetyöni osana PPSHP:ssä meneillään olevaa kipuhanketta, jonka osana on ollut loka–marraskuussa 2018 kysely hoitohenkilökunnalle. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata henkilökunnan käsityksiä toteutuneesta kivunarvioinnista ja -hoidosta hoitotyössä. Tutkimus kuuluu hankkeeseen, jossa kehitetään yhtenäistä kivunarvioinnin ja -hoidon mallia Oulun yliopistollisen sairaalan lasten ja naisten tulosalueelle. Hankkeen tavoitteena on tuottaa tietoa potilaan kivunarvioinnin ja -hoidon kehittämiseksi.

Kipuhankkeen palaverissa 15.5.2019 ideoimme kipuyhdyshenkilöiden kanssa yhteisöllisellä ideointimenetelmällä tutkimuksesta nousseita asioita. Kiitos vielä kaikille osallistujille! Koska vain osa kipuyhdyshenkilöistä pääsi osallistumaan, ajattelimme toistaa samankaltaisen ideointihetken 18.6.2019. Moniammatillisissa ryhmissä keskustellen syntyy usein hyviä ideoita.

Laitan tässä teemat, joiden pohjalta jatkamme ideointia. Voitte itse kukin työyksikössänne miettiä valmiiksi **mahdollisimman konkreettisia kehittämisideoita** näiden teemojen pohjalta. Asiaa voi miettiä itse sekä yhdessä kipuyhdyshenkilöiden sekä muiden kollegoiden kanssa. Osallistumalla ideointiryhmän työskentelyyn, voit olla mukana kehittämässä kivunarviointia ja -hoitoa ja olla vaikuttamassa koko henkilökunnalle järjestettävään kipukoulutukseen.

**Jos mahdollista, tuo mukanas täytettynä tämä lomake seuraavaan kipuhankkeen palaveriin ja huolehdi, että yksiköstäsi pääsee mukaan ainakin yksi kipuyhdyshenkilö.**

Tarja on lähettänyt kaikille kalenterikutsun seuraavaan palaveriin, joka on 18.6.2019, klo 14–16 (paikkana synnytys- ja naistentautien klinikan neuvotteluhuone)

Tervetuloa mukaan!

Ystävällisin terveisin,  
Kirsi Pohjola  
xxx (kipuhankkeen vastuhenkilö)

## TEEMA 1. KIPUA KOKEVAN POTILAAN JA HÄNEN VANHEMPIENSA/LÄHEISENSÄ KOHTAAMINEN

### Kehittämistarpeet/ongelmat

Hoitohenkilökunnan kyselyaineiston mukaan kivunhoito koettiin:

- Kivunhoito koettiin haastavaksi johtuen erilaisista asiakasryhmistä (Lääkeriippuvaiset, kommunikaatio ongelmat) ja tilanteista.

- Lisäksi aina ei löydy sopivaa ja tehokasta kivunlievitysmenetelmää, mikä aiheuttaa riittämättömyyden tunnetta hoitohenkilökunnalle.
- Lapsen/vanhemman/läheisen ahdistus tekee kivunhoidosta haastavan esim. keskusteluyhteyden saamisessa
- Ongelmana poliklinikalla lyhyt vastaanottoaika ja potilaan kohtaaminen jää pinnalliseksi.

### **Kehittämisideat**

Miten nämä kohtaamisen haasteet voidaan mielestäsi ratkaista? Kirjaa tähän kehittämisideoita.

## **TEEMA 2. POTILAIKEN KIVUNARVIOINTI**

### **Kehittämistarpeet/ongelmat**

Hoitohenkilökunnan kyselyaineiston mukaan esimerkiksi:

- Kivunarviointia tulisi lisätä. Tällä hetkellä se ei ole riittävää eikä systemaattista. Yhtenäinen toimintatapa puuttuu
- Hoitohenkilökuntaa tulisi motivoida kivunarvointiin.
- Koulutusta ja ohjausta kaivattiin, koska kivunarvointi ei ole kaikilla hallinnassa
- Kipumittarit koettiin myös ristiriitaisiksi.
- Naisten tulosalueella vastasyntyneillä ei ole käytössä vauvojen kipumittaria.
- Lasten tulosalueella mittarit ovat huonosti saatavilla. Kipumittarit eivät myöskään ole tuttu asia vanhemmille.

### **Kehittämisideat**

Miten nämä kivunarvioinnin haasteet voitaisiin ratkaista käytännössä? Kirjaa tähän kehittämisideoita.

### TEEMA 3. POTILAIEN KIVUNHOITO

#### Kehittämistarpeet/ongelmat

Hoitohenkilökunnan kyselyaineiston mukaan esimerkiksi:

- Laadukas kivunhoito ei toteudu, vaan kipua hoidetaan liian varovaisesti taitamattomuuden ja tietämättömyyden vuoksi.
- Resursseja potilaan ja omaisen ohjaamiseen ei ole riittävästi.
- Yhtenäiset toimintamallit puuttuvat kivunhoidostakin.
- Yhteistyö lääkäreiden kanssa koettiin ongelmalliseksi molemmilla alueilla.
- Naisten tulosalueella kivunhoidon määräyksiä lääkärit eivät kirjaa, lääkkeettömät vaihtoehdot eivät ole lääkäreiden käytössä, lääkäreitä ei ole aina saatavilla ja lääkäreiden vastuunkanto onnistuneesta kivunlievityksestä puuttuu.
- Lasten tulosalueella yhteistyö myös laboratoriohoitajien kanssa on ongelmallista.
- Yhteistyö muiden asiantuntijoiden ja kollegoiden kanssa kaipaisi kehittämistä.
- Kirjaaminen koetaan puutteelliseksi.
- Koulutusta kaivataan mm lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä, kivunhoidosta.

#### Kehittämisideat

Miten nämä kivunhoidon haasteet voitaisiin ratkaista käytännössä? Kirjaa tähän kehittämisideoita.

**Hyvä kollega!**

Tiedote 18.6.2019

Opinnäytetyöni on osa PPSHP:ssä meneillään olevaa kipuhanketta, jonka osana on ollut loka – marraskuussa 2018 kysely hoitohenkilökunnalle. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata henkilökunnan käsityksiä toteutuneesta kivunarvioinnista ja -hoidosta hoitotyössä. Tutkimus kuuluu hankkeeseen, jossa kehitetään yhtenäistä kivunarvioinnin ja -hoidon mallia Oulun yliopistollisen sairaalan lasten ja naisten tulosalueelle. Hankkeen tavoitteena on tuottaa tietoa potilaan kivunarvioinnin ja -hoidon kehittämiseksi.

Kyselylomakkeilla on kerätty tietoa hoitohenkilökunnalta, jotka työskentelevät potilastyössä lasten- ja naisten tulosalueella. Aineisto kerättiin webropol-kyselynä. Aineiston analysoinnin jälkeen nostamme tutkimuksen tekijöiden kanssa tutkimuksessa esille nousseita kehittämisideoita, joita prosessoimalla yhteisöllisellä ideointimenetelmällä eli learning coffeella pyrimme kehittämään kehittämiskeinoja kivunarvointiin ja -kivunhoitoon. Osallistumalla ideointiryhmän työskentelyyn, voit olla mukana kehittämässä kivunarvointia ja -hoitoa ja olla vaikuttamassa koko henkilökunnalle järjestettävään kipukoulutukseen. Ideointiryhmän työskentelyä ja tuotoksia valokuvataan, ja niitä voidaan hyödyntää opinnäytetyössäni.

Ideointiryhmään osallistuminen on vapaaehtoista. Ryhmäläisten työskentelyä ja tuotoksia tullaan valokuvaamaan, mutta henkilökuvat jäävät vain tutkijan käytettäväksi. Ryhmässä käsiteltävät asiat ovat luottamuksellisia eikä ryhmäläisten henkilöllisyys paljastu missään vaiheessa.

**Yhteistyöstä kiittäen,**

Kirsi Pohjola

XXX

OAMK YAMK opiskelija

TTT, dosentti, kliinisen hoitotyön asiantuntija

kätilö, OYS

Hankkeesta vastaava tutkija

Lasten ja naisten tulosalue, OYS